

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: «Вплив способу життя на рівень хронічних захворювань серед населення мегаполісів: аналіз і розробка профілактичних програм»

(на прикладі м. Києва)

Здобувач вищої освіти

Групи 13401 АГЗ

Спеціальності 229 «Громадське здоров'я»

ОПП 229 «Громадське здоров'я» _____ **Пророк Олена Миколаївна**

Науковий керівник

д. мед. н.,

доцент

_____ **Галієнко Л.І.**

Керівник освітньо-

професійної програми

д. мед.н.,

професор

_____ **Грузєва Т.С.**

Завідувач кафедри,

д. мед.н.,

професор

_____ **Грузєва Т.С.**

Київ – 2025 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕНOSTІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МЕГАПОЛІСУ.....	11
1.1. Проблема поширеності хронічних захворювань серед населення мегаполісів як актуальна проблема громадського здоров'я.....	11
1.2. Медико-соціальні аспекти проблеми поширеності хронічних захворювань серед населення мегаполісів в Європейському регіоні ВООЗ та в Україні.....	14
1.3. Роль чинників ризику в розвитку хронічних захворювань серед населення мегаполісів.....	17
1.4. Міжнародний досвід протидії розвитку хронічних захворювань серед населення мегаполісів.....	21
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	28
2.1. Програма та матеріали дослідження.....	28
2.2. Методи дослідження.....	29
2.3. Інструментарій дослідження.....	30
РОЗДІЛ 3. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕНOSTІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МЕГАПОЛІСУ (на прикладі м. Києва).....	31
3.1. Аналіз динаміки основних показників стану здоров'я населення м. Києва протягом 2020-2024 рр.....	31
3.2. Оцінка сучасної екологічної ситуації в м. Києві та її впливу на стан здоров'я населення.....	35
РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНИХ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ТА СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ МЕГАПОЛІСУ.....	41

4.1. Оцінка громадської думки про стан свого здоров'я та перспективи вдосконалення профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісу	41
4.2. Оцінка професійної думки сімейних лікарів щодо вирішення проблеми профілактики хронічних захворювань в умовах мегаполісу.....	49
РОЗДІЛ 5. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МЕГАПОЛІСУ (НА ПРИКЛАДІ М. КИЄВА).....	54
5.1. Перспективи вдосконалення профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісу в Україні в контексті сучасних стратегічних орієнтирів ВООЗ і національних пріоритетів.....	54
5.2. Наукове обґрунтування програми вдосконалення профілактики хронічних захворювань в умовах мегаполісу.....	57
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70
ДОДАТКИ.....	79

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	- артеріальна гіпертензія
АТ	- артеріальний тиск
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ГЗ	- громадське здоров'я
ГХ	- гіпертонічна хвороба
ЄС	- Європейський Союз
ЗДВ	- Здоров'я для всіх
ЗМІ	- засоби масової інформації
ЗОЗ	- заклад охорони здоров'я
ЗСЖ	- здоровий спосіб життя
ІХС	- ішемічна хвороба серця
КМУ	- Кабінет Міністрів України
МОЗ	- Міністерство охорони здоров'я України
НІЗ	- неінфекційні захворювання
ССЗ	- серцево-судинні захворювання
СЖ	- спосіб життя
ФГЗ	- фахівець з громадського здоров'я
ХЗ	- хронічні захворювання
ХСК	- хвороби системи кровообігу
ЦВХ	- цереброваскулярні хвороби
ЦД	- цукровий діабет

ВСТУП

Актуальність теми. Провідною причиною передчасної смертності, інвалідності та зниження якості життя населення в різних країнах світу, у т. ч. в Україні, є неінфекційні захворювання (НІЗ).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) НІЗ, зокрема хвороби системи кровообігу (ХСК), діабет, онкологічні захворювання, хронічні обструктивні захворювання легень й інші поширені хронічні захворювання (ХЗ) щороку зумовлюють смерті понад 41 млн людей. За науковими прогнозами, у разі збереження сучасних тенденцій поширеності НІЗ, їх частка у загальній кількості смертей серед населення світу може зрости до 75% до 2030 р.

Особливої актуальності набуває ця проблема в умовах посиленої глобальної урбанізації, оскільки великі міста, у т. ч. в Україні, створюють середовище, несприятливе для здоров'я їх мешканців, що спричинює зростання поширеності ХЗ. Дані літератури свідчать, що населення мегаполісів піддається впливу численних взаємопов'язаних чинників, що негативно впливають на здоров'я містян, включаючи забруднення повітря, психоемоційне навантаження, гіподинамію, незбалансоване харчування та обмежений доступ мешканців до природних зон тощо.

Міському населенню, порівняно із сільським, частіше притаманні надмірна маса тіла, гіподинамія, тютюнопаління, схильність до стресів та розладів настрою (таких як депресія та тривога), і менша прихильність до дотримання засад здорового способу життя (ЗСЖ) та проходження профілактичних оглядів. Згідно з даними ВООЗ основним екологічним чинником збільшення захворюваності та смертності в світі є забруднення повітря: щороку 7 млн осіб вмирають від захворювань, пов'язаних саме із забрудненням повітря.

Проблема протидії та контролю епідемії ХЗ, у т. ч. в умовах мегаполісів, є спільною для всіх країн світу, включаючи економічно розвинуті країни, з огляду на глобальний характер їх поширення, значні економічні збитки та вагомі

медико-соціальні наслідки. Саме тому, ця проблема перебуває в полі постійної уваги Організації Об'єднаних Націй (ООН), ВООЗ та інших впливових міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я та медичної спільноти.

За даними ВООЗ, міське середовище більшості міст є несприятливим для здоров'я населення і здатне перетворювати сучасні міста на епіцентри епідемії багатьох неінфекційних та інфекційних захворювань [WHO. Urban health https://www.who.int/health-topics/urban-health#tab=tab_1

У 1986 році ВООЗ започаткувала Ініціативу "Здорові міста" з метою покращення здоров'я, добробуту та якості життя населення міст шляхом проритизації здоров'я в міських програмах і створення глобальної мережі «Здорових міст».

Підхід «Здорові міста» ґрунтується на таких принципах:

інтеграції здоров'я у всі галузі міського розвитку, включаючи міське планування, транспорт, житлове будівництво, розвиток соціальної інфраструктури та охорону довкілля;

активної участі містян у розробці та впровадженні програм та політик здорового містобудування.

підтримки соціальної справедливості, з увагою до потреб та інтересів всіх груп населення, у т.ч. вразливих.

пріоритизації підходу до здорового містобудування, що оптимізує використання ресурсів та забезпечує максимально сприятливий вплив на здоров'я населення міста.

Започаткована у 1986 році за ініціативою ВООЗ Європейська мережа "Здорові міста" (WHO European Healthy Cities Network) нині включає понад 1300 міст 30 країн Європи, що працюють над покращенням здоров'я та добробуту своїх мешканців. Головною метою мережі є сприяння покращенню здоров'я, добробуту та якості життя жителів міст шляхом створення здорового міського середовища та підтримки сталого розвитку.

Вирішення цих завдань невід'ємно пов'язано з реалізацією стратегічних, пріоритетів у сфері громадського здоров'я, окреслених ООН та ВООЗ. Зокрема,

одна із 17 Цілей сталого розвитку(ЦСР), ухвалених ООН у 2015 році, а саме Глобальна Ціль 3, стосується безпосередньо питань здоров'я населення, у т. ч. населення міст. Так, ціллю 3.4 передбачено скорочення до 2030 року на третину передчасної смертності від НІЗ завдяки їх дієвій профілактиці та лікуванню. В Україні на виконання ЦСР, у т. ч. Цілі 3.4., затверджено національні завдання та індикатори досягнення кожної ЦСР, а також їх цільові значення на період до 2030 року.

План дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр. визначив низку пріоритетних напрямів, дій і втручань, реалізація яких дозволить досягти як регіональних, так і глобальних цілей щодо скорочення передчасної смертності, спричиненої НІЗ, у т. ч. в умовах мегаполісів, а також зменшити їх внесок у загальний тягар хвороб в усьому світі.

Глобальним планом дій з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013-2020 рр., подовженим на період до 2030, окреслено необхідність спрямування протидії НІЗ на дієву профілактику, яка має ґрунтуватися на системних міжвідомчих засадах.

Ефективність профілактики НІЗ доведено міжнародним досвідом, що засвідчив: профілактичні заходи сприяють зниженню смертності від серцево-судинних захворювань на 50–75 % у країнах з високим рівнем доходів і на 78 % у світі. Проте попри запровадження в Україні Національного плану дій з профілактики НІЗ та прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я», населення країни, у т. ч міське, ще не охоплено належним чином ефективними профілактичними програмами, мають місце недостатньо дієва профілактична діяльність лікарів, обмежена мотивація пацієнтів до збереження здоров'я шляхом профілактики захворювань, вплив численних соціальних та екологічних бар'єрів. Крім того, результати наукових досліджень свідчать про недооцінку більшістю населення необхідності відповідального ставлення до власного здоров'я, значущості дотримання засад ЗСЖ та низький рівень прихильності до здоров'язберігальної поведінки.

Ефективна протидія та дієвий контроль НІЗ потребують забезпечення міжсекторального підходу та консолідації зусиль усієї медичної спільноти, за участю різнопрофільних фахівців систем охорони здоров'я, спеціалістів громадського здоров'я, залучення представників інших секторів, а також підтримки державних органів, органів місцевого самоврядування та суспільства в цілому для зниження захворюваності на НІЗ та покращення якості життя населення.

Все вищевикладене обумовило актуальність проведення запланованого наукового дослідження, спрямованого на розробку програми профілактики ХЗ серед населення мегаполісів в Україні (на прикладі м. Києва) в контексті стратегічних пріоритетів ВООЗ та національних стратегій у сфері протидії епідемії НІЗ, визначило мету магістерської роботи і перелік відповідних завдань.

Мета дослідження: Наукове обґрунтування програми вдосконалення профілактики ХЗ серед населення мегаполісу (на прикладі м.Києва).

Відповідно до мети дослідження було поставлено та реалізовано наступні **завдання :**

1. Здійснити аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми поширеності ХЗ та їх профілактики серед населення мегаполісів Європейського регіону та України.

2. Проаналізувати динаміку ключових показників здоров'я населення мегаполісу та чинників ризику розвитку ХЗ (на прикладі м. Києва).

3. Проаналізувати стан та вплив екологічної ситуації на здоров'я населення мегаполісу (на прикладі м.Києва).

4. Оцінити в рамках комплексних соціологічних досліджень думку населення мегаполісу про стан свого здоров'я та професійну думку сімейних лікарів про стан та перспективи вдосконалення профілактики ХЗ в умовах мегаполісу.

5. Науково обґрунтувати провідні напрями та програму профілактики ХЗ серед населення мегаполісу (на прикладі м. Києва).

Об'єкт дослідження: Здоров'я населення, система охорони здоров'я, система громадського здоров'я.

Предмет дослідження: Захворюваність та поширеність ХЗ, чинників ризику їх розвитку, спосіб життя, профілактика ХЗ та чинників ризику їх розвитку, профілактичні стратегії.

Для вирішення поставлених у магістерській роботі завдань було використано комплекс наступних методів:

- системного підходу - на всіх етапах виконання роботи з метою формування і вирішення проблеми дослідження;
- бібліосемантичний - для наукового аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури за темою дослідження;
- епідеміологічний - при аналізі рівнів захворюваності та поширеності ХЗ та чинників ризику їх розвитку, динаміки показників у часі;
- медико-статистичний - для статистичної обробки та аналізу матеріалів дослідження;
- соціологічний - для проведення соціологічних досліджень серед мешканців мегаполісу з питань способу життя та самооцінки їхнього здоров'я, а також професійної думки лікарів первинної ланки щодо профілактики ХЗ серед населення мегаполісу.
- концептуального моделювання - з метою наукового обґрунтування та розробки програми профілактики ХЗ серед населення мегаполісів в Україні (на прикладі м. Києва).

Практичне значення результатів дослідження: Результати дослідження мають прикладне значення для вдосконалення профілактики ХЗ серед населення мегаполісу. Зокрема, вони можуть бути використані в діяльності закладів охорони здоров'я первинного рівня та системи громадського здоров'я, органів місцевого самоврядування, департаментів охорони здоров'я та громадських організацій.

Основними перевагами обґрунтованої програми профілактики ХЗ в умовах мегаполісу є те, що вона орієнтує на системний підхід до вирішення проблеми

епідемії ХЗ, включаючи забезпечення міжсекторальної взаємодії між всіма причетними секторами запровадження командної форми роботи для дієвої реалізації програми профілактики ХЗ., посилення комунікації на рівні лікар-пацієнт, розвиток інфраструктури для промоції здоров'я та формування здорового способу життя, застосування сучасних цифрових технологій тощо.

Апробація результатів дослідження: Основні положення магістерської роботи були апробовані на студентській конференції, присвяченій І річниці створення Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини (м. Київ, 11 лютого 2025 р.), де було представлено доповідь «Профілактика неінфекційних захворювань серед населення мегаполісу як актуальна проблема сьогодення», а також на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (м. Київ, 19 березня 2025 р.) у доповіді «Результати соціологічних досліджень серед мешканців мегаполісу з питань способу життя та самооцінки їх здоров'я».

Отримані результати підтверджують наукову та практичну значущість обраної теми та дозволяють рекомендувати обґрунтовану програму вдосконалення профілактики хронічних захворювань для впровадження в практичну діяльність систем охорони здоров'я та громадського здоров'я сучасних мегаполісів.

РОЗДІЛ 1. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕНOSTІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МЕГАПОЛІСІВ

1.1. Проблема поширеності хронічних захворювань серед населення мегаполісів як актуальна проблема громадського здоров'я

Неінфекційні захворювання (НІЗ) — це група порушень, що виникають і розвиваються поступово, характеризуються тривалим перебігом і потребують довготривалого медичного нагляду та лікування [19]. До НІЗ належать серцево-судинні захворювання, онкологічні хвороби, хронічні респіраторні захворювання та цукровий діабет [67].

Статистика ВООЗ свідчить, що НІЗ щороку спричиняють понад 41 млн випадків смерті - це 74% усіх смертей у світі [19]. Більшість цих випадків трапляються у віці до 70 років. Така висока передчасна смертність викликає серйозну стурбованість у сфері громадського здоров'я, оскільки негативно впливає на демографічні показники та економічний розвиток [67].

Більше того, хронічні захворювання (ХЗ) часто мають спільні фактори ризику, що дозволяє говорити про їх мультифакторний характер і необхідність уніфікованого підходу до профілактики.

Економічні наслідки НІЗ: витрати на лікування, втрати продуктивності, соціальна підтримка інвалідів створюють додатковий тиск на економіку країн [31]. Оцінки свідчать, що без активних заходів протидії НІЗ глобальні втрати можуть сягати десятків трильйонів доларів у найближчі десятиліття [40].

У країнах із середнім доходом спостерігається диспропорція між рівнем навантаження на систему охорони здоров'я та можливостями реагування. Така ситуація посилюється в умовах війни, надзвичайних ситуацій і соціально-економічної нестабільності, що знижує ефективність профілактики та своєчасного лікування хронічних неінфекційних захворювань.

Особливе занепокоєння викликає ситуація в мегаполісах [28]. Вплив урбанізації на стан здоров'я населення проявляється через збільшення

захворюваності на хвороби серцево-судинної системи, хронічні респіраторні захворювання, цукровий діабет, а також психічні розлади. Щільна забудова, високе транспортне навантаження, обмежений доступ до природних територій спричиняють хронічний стрес, який, у свою чергу, посилює негативний вплив інших факторів ризику. Крім того, урбанізація нерідко призводить до соціальної ізоляції та зниження загального рівня фізичної активності серед мешканців, що є суттєвими детермінантами погіршення здоров'я у містах [43; 55].

Соціальна нерівність у містах також сприяє поширенню ХЗ. Групи з низьким соціально-економічним статусом частіше проживають у екологічно неблагополучних районах, мають гірший доступ до медичних послуг, частіше дотримуються нездорового способу життя [12, 37]. У таких районах спостерігається також недостатній рівень санітарної освіти, обмежений доступ до якісних продуктів харчування та дефіцит місць для активного дозвілля.

Поведінкові чинники, такі як куріння, зловживання алкоголем, незбалансоване харчування, гіподинамія, дуже поширені у містах [1, 27]. Надмірне споживання солі, цукру, насичених жирів, у поєднанні з хронічним стресом призводить до ожиріння, діабету, гіпертензії [29].

Середовище мегаполісів сприяє малорухливому способу життя, оскільки жителі проводять багато часу в транспорті або за офісною роботою. Стрес є одним із недооцінених чинників ризику, він здатен не лише запускати соматичні механізми, а й гальмувати одужання, погіршувати прихильність до лікування та змінювати поведінкові установки щодо здоров'я [12, 32; 36].

Дані досліджень вказують, що у великих містах, таких як Київ, Харків, Львів, рівень поширеності гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця вищий, ніж у сільських регіонах [9, 10]. У Києві поширеність ХЗ особливо висока серед людей середнього віку, що свідчить про ранній початок формування факторів ризику. Окремо слід зазначити, що у жінок мегаполісів рівень захворюваності має іншу специфіку, наприклад, частіше діагностуються депресія, тривожні розлади, захворювання ендокринної системи.

У Європейському регіоні ВООЗ 80–90% смертей спричинені ХЗ [45]. У

країнах ЄС реалізуються численні програми з їх профілактики та моніторингу, зокрема кампанії зі здорового харчування, відмова від тютюну, розвиток міської мобільності (пішохідна і велосипедна інфраструктура) [43].

Важливу роль у цих ініціативах відіграє місцева влада, яка адаптує національні стратегії до місцевих умов і формує партнерства з громадами.

В Україні Національний план дій щодо профілактики НІЗ, ухвалений у 2018 році, став основою для впровадження комплексних заходів [18]. Цей документ передбачає створення умов для зменшення споживання шкідливих продуктів, зниження рівня тютюнопаління, підвищення доступності скринінгу та моніторингу хронічних захворювань. Хоча відповідні ініціативи вже проголошено, їх реалізація часто є фрагментарною та непослідовною — необхідно забезпечити систематичне оцінювання результатів і залучення неупереджених фахівців для контролю ефективності [6].

Окрему увагу слід приділити громадам великих міст, де необхідно реалізовувати адресні профілактичні програми, орієнтовані на місцеві соціально-економічні умови. Також доцільно впроваджувати цифрові платформи моніторингу здоров'я.

Міжнародний досвід підтверджує, що найбільш ефективними є підходи, які поєднують міжсекторальну взаємодію, участь громад, наукове обґрунтування рішень та постійний моніторинг результатів [40, 43, 49]. Такі програми дозволяють не лише знижувати рівень захворюваності, а й підвищувати якість життя міського населення. Особливо ефективними є кейси, де місцева влада отримує підтримку від громадських організацій, що працюють із уразливими групами.

Сфера громадського здоров'я має відігравати провідну роль у протидії неінфекційним захворюванням. Основні її функції — це спостереження за епідеміологічною ситуацією, підвищення обізнаності населення, налагодження міжсекторальної взаємодії та забезпечення населення профілактичними й лікувальними послугами [2]. Саме в містах потрібно створювати центри громадського здоров'я, які будуть здійснювати скринінг, освітню діяльність та

підтримку здорових звичок.

Необхідно також підвищувати обізнаність населення про шкоду тютюнопаління, неправильного харчування, малорухомості. Досвід країн ЄС свідчить, що ефективні комунікаційні кампанії можуть суттєво змінювати поведінкові моделі громадян [52]. Водночас такі кампанії мають бути кросплатформеними, охоплювати як традиційні медіа, так і цифрові канали поширення. Таким чином, ХЗ у мегаполісах є не лише медичною, а й глибоко соціальною, економічною та екологічною проблемою. Її подолання можливе лише за умови поєднання державної політики, наукового супроводу, участі місцевих органів влади та самих громадян. Комплексний підхід, системність дій, превентивні заходи є основою для ефективної протидії хронічним захворюванням у сучасних урбанізованих умовах.

1.2. Медико-соціальні аспекти проблеми поширеності хронічних захворювань серед населення мегаполісів в Європейському регіоні ВООЗ та в Україні

Проблема хронічних захворювань є однією з найбільш актуальних у сфері громадського здоров'я. Вони спричиняють найбільшу кількість випадків передчасної смертності, інвалідності та економічних втрат для суспільства.

Цей тягар є особливо відчутним для країн Європейського регіону ВООЗ, включаючи Україну, де зростаючі масштаби урбанізації лише поглиблюють проблему [10].

Міське середовище концентрує численні медико-соціальні ризики, які сприяють поширенню ХЗ. Зміни в екологічному стані, значна кількість техногенних факторів, щільність населення та ритм життя в містах створюють сприятливе підґрунтя для виникнення серцево-судинних, онкологічних, респіраторних і метаболічних захворювань [5; 31; 39; 42; 64].

Особливо небезпечним чинником є забруднення повітря, яке асоціюється з підвищеним ризиком хронічного обструктивного захворювання легень та

ішемічної хвороби серця [12].

Водночас стресові фактори, пов'язані з високою швидкістю життя, також негативно впливають на здоров'я мешканців мегаполісів [12].

Крім того, урбанізоване середовище сприяє зниженню рівня психоемоційного благополуччя, що опосередковано впливає на здоров'я [20].

Хронічні захворювання, зокрема серцево-судинні та респіраторні, є провідними причинами смертності в Європейському регіоні ВООЗ. Наприклад, серцево-судинні захворювання займають перше місце серед причин смертності, становлячи близько 40% усіх летальних випадків [67].

Значне поширення артеріальної гіпертензії в мегаполісах ще більше ускладнює ситуацію, створюючи додатковий тягар на системи охорони здоров'я. Згідно з даними досліджень, саме урбанізоване середовище сприяє збільшенню частоти гіпертонічних кризів, а також пов'язаних із цим серцево-судинних ускладнень [3; 1; 42].

Українські мегаполіси, такі як Київ, Харків, Львів, Одеса та Дніпро, характеризуються високими показниками захворюваності на гіпертонію, ішемічну хворобу серця, інсульт та діабет. Дані національних досліджень свідчать про систематичне зростання кількості хворих, що пояснюється поєднанням екологічних загроз із поширеністю шкідливих звичок, нераціонального харчування та недостатньої фізичної активності [1; 3; 9; 10; 12].

Одним із ключових аспектів поширеності НІЗ у містах є соціальна нерівність. Жителі соціально вразливих груп мають обмежений доступ до профілактичних послуг, часто нехтують регулярними медичними оглядами через фінансові чи часові бар'єри. Дослідження показують, що рівень доходу, освіта та житлові умови прямо впливають на захворюваність та смертність від НІЗ [3; 20; 24; 37].

Таким чином, соціальні детермінанти здоров'я в урбанізованих просторах потребують не меншої уваги, ніж біологічні фактори.

Для стримування епідеміологічного тягара ХНІЗ в Україні у 2018 році був затверджений Національний план заходів до 2030 року [18], що окреслив

напрямки роботи з основними факторами ризику: тютюнопалінням, гіподинамією, неправильним харчуванням, надмірним споживанням алкоголю.

Планом передбачено посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги, впровадження освітніх програм і підвищення обізнаності населення щодо профілактики захворювань. Однак практична реалізація вимагає послідовної міжсекторальної взаємодії та адекватного фінансування [2; 6].

Міжнародна практика демонструє, що лише комплексний підхід дозволяє досягати результатів у сфері профілактики ХНІЗ. Зокрема, у Данії запровадження громадських програм з моніторингу фізичної активності сприяло зниженню серцево-судинної смертності [47].

Доведено, що наявність спортивної інфраструктури прямо корелює з нижчою захворюваністю на цукровий діабет [38]. За даними досліджень, ефективним є озеленення територій як чинника зниження поширеності гіпертензії [55].

Крім екологічного та соціального чинників, критично важливим є зміцнення громадського здоров'я через формування культури здорового способу життя. Це включає системну просвіту населення, інтеграцію здоров'язбережувальних компонентів до шкільної освіти, розвиток сімейної медицини, підвищення медичної грамотності громадян. Локальні ініціативи, залучення волонтерів, підтримка громадських організацій є ефективними інструментами розширення доступу до превентивних практик [6; 40; 43; 49].

Підсумовуючи, можна стверджувати, що поширеність хронічних захворювань у мегаполісах є багатофакторною проблемою. Вона потребує комплексного реагування на перетині медицини, соціальної політики, урбаністики та екології.

Ефективна стратегія протидії ХЗ повинна враховувати локальні потреби, рівень соціальної вразливості населення, доступ до ресурсів і здатність системи охорони здоров'я до міжвідомчої координації. Саме за таких умов можливо досягти зменшення тягаря хвороб, покращити якість життя та зміцнити здоров'я міського населення в Україні та в Європейському регіоні ВООЗ.

1.3. Роль чинників ризику в розвитку хронічних захворювань серед населення мегаполісів

Переконливо доведено, що мешканці великих міст зазнають впливу численних взаємопов'язаних детермінант, які негативно відбиваються на їхньому здоров'ї [52].

Урбанізований спосіб життя мешканців мегаполісу часто поєднує гіподинамію із незбалансованим харчуванням, що значно підвищує ризики розвитку хронічних неінфекційних захворювань [45; 60]. Зокрема, недостатнє споживання фруктів та овочів у поєднанні з надмірним вживанням висококалорійних і оброблених продуктів призводить до поширення ожиріння та метаболічних порушень, що асоціюються з підвищеним ризиком серцево-судинних хвороб і діабету [45; 56].

Малорухливий спосіб життя є серйозною проблемою для мешканців мегаполісів [61]. Інтенсивний темп життя, тривала зайнятість, постійне емоційне напруження та обмежений доступ до фізичної активності через особливості міського середовища або несприятливу екологічну ситуацію призводять до зменшення рухової активності населення.

Багато людей більшу частину доби проводять у дорозі або сидячи на робочому місці, що ще більше обмежує їхню фізичну активність. Такий малорухливий стиль життя сприяє розвитку серйозних проблем зі здоров'ям, зокрема ожиріння та захворювань серцево-судинної системи [61].

Ожиріння підвищує ймовірність виникнення серцево-судинних захворювань, цереброваскулярних хвороб таких як інсульт та гіпертонічна хвороба. Важливу роль у цьому процесі відіграють також соціально-демографічні фактори, зокрема вік, фактори спадкового та медичного характеру, рівень освіти та економічний статус, які впливають на поведінку та фізичну активність населення [16; 20; 26; 41].

Поведінкові фактори ризику, які збільшують ймовірність розвитку ХЗ, включають вживання тютюну (включаючи вплив вторинного тютюнового диму),

нездорові дієти, що характеризуються надлишком солі, цукру та жирів, шкідливе вживання алкоголю, паління [12; 20; 37; 44; 60; 67]. Легкий доступ до тютюнових виробів і вплив соціальних факторів сприяють поширенню цієї звички. Тютюнопаління є одним з найнебезпечніших чинників ризику, оскільки підвищує ймовірність розвитку онкологічних хвороб, серцево-судинних недуг та хронічних захворювань легень [2 ; 66]. За оцінками ВООЗ, використання тютюну спричиняє близько 6 мільйонів смертей щорічно у світі [2].

Надмірне вживання алкоголю, яке також характерне для деяких міських груп, збільшує ризик печінкової патології, артеріальної гіпертензії та цереброваскулярних ускладнень [2 ; 66].

Обмежений доступ до здорового харчування є серйозною проблемою для жителів мегаполісів. Незважаючи на наявність різних магазинів і ресторанів, багато з них пропонують продукти з високим вмістом цукру, солі та насичених жирів. Харчування з високим вмістом насичених жирів, цукру та солі, а також низьке споживання овочів і фруктів, сприяє розвитку серцево-судинних захворювань.

Населення мегаполісів, в економічно вразливих районах, часто стикається з недостатньою доступністю корисних продуктів харчування, зокрема, свіжих овочів і фруктів. Погані харчові звички, характерні для жителів міст, призводять до епідемії ожиріння та інших метаболічних порушень, що, в свою чергу, збільшує ризик виникнення ЦВХ [20].

Соціально-економічні й житлові умови в мегаполісі тісно пов'язані з показниками здоров'я населення. Низький рівень доходів і освіти часто пов'язаний із поганішими житловими умовами, низькою якістю харчування та меншим доступом до медичних послуг. Перенаселеність районів, недосконала інфраструктура (наприклад, тісне житло, недостатня кількість питної води та місць для відпочинку) створюють стресове середовище, що може провокувати появу та загострення НІЗ. [3; 37].

Стрес також відіграє важливу роль у розвитку ХЗ серед мешканців мегаполісів [12; 32; 36]. Постійне перебування у стресових ситуаціях,

викликаних швидким ритмом життя, соціальною ізоляцією та високими вимогами до успішності, негативно впливає на імунну систему. Це підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, діабету, гіпертонії, а також психічних розладів, таких як депресія та тривожність. Умови життя в мегаполісах посилюють вплив стресу, що робить його ключовим фактором ризику розвитку хронічних захворювань населення [32].

Виробниче середовище також значно впливає на здоров'я містян. Багато працівників мегаполісів задіяно у промисловості та сфері послуг з підвищеними виробничими ризиками – наприклад, люди, що працюють у транспорті чи на заводах, часто піддаються впливу токсичних речовин, пилу, шуму та незручного графіка. Такі фактори асоціюються з вищою частотою хронічної обструктивної хвороби легень, бронхіальної астми та серцево-судинних недуг [5; 31].

Екологічні проблеми мегаполісів належать до найгостріших викликів сучасного громадського здоров'я. Серед основних чинників, що негативно впливають на життя міського населення, виділяють забруднення атмосферного повітря, надмірний шум, щільність населення, транспорт, недостатню кількість зелених зон і накопичення відходів. Усі ці фактори створюють несприятливе середовище, яке сприяє поширенню хронічних захворювань [3; 12; 31; 42; 43; 54; 64].

Забруднення повітря вважається найважливішим серед них. У великих містах через велику кількість транспорту та промислових викидів рівень шкідливих речовин у повітрі залишається стабільно високим, що створює суттєву загрозу для здоров'я населення. Воно є причиною 6,7 мільйона смертей щорічно в усьому світі, з яких 5,6 мільйона пов'язані з такими НІЗ, як інсульт, ішемічна хвороба серця, хронічне обструктивне захворювання легень та рак легенів [67].

Однією з ключових проблем є наявність забруднюючих речовин у повітрі, таких як тверді частки (PM), оксиди азоту (NO_x) та сірки (SO_x). Ці елементи негативно впливають на респіраторну та серцево-судинну системи, що призводить до збільшення випадків астми, хронічних обструктивних

захворювань легень (ХОЗЛ) і серцево-судинних захворювань. Забруднення повітря має чітку кореляцію з підвищенням захворюваності на ці недуги [64].

Організація та доступність медичної допомоги визначають, наскільки ефективно хронічні хвороби у мешканців мегаполісів виявляються та лікуються. Попри наявність численних лікарень та клінік, територіальна нерівномірність їх розташування може призводити до того, що частина населення має обмежений доступ до профілактичних оглядів та своєчасного лікування [23; 32].

Низька частота звернень до лікаря для профілактики та скринінгу, особливо серед соціально незахищених верств, стає причиною пізньої діагностики ХЗ і погіршує результати лікування [23; 32]. Недостатня обізнаність пацієнтів про контроль артеріальної гіпертензії негативно впливає на показники її корекції та ускладнює подолання цього поширеного фактора ризику [23].

Якість наданих медичних послуг також істотно впливає на здоров'я. Перезавантаженість міських лікарень, нестача обладнання та медичного персоналу можуть знижувати ефективність діагностики і лікування хронічних хвороб [6; 32]. В останні роки у зв'язку з цим в містах активно впроваджують інноваційні підходи (наприклад, мультидисциплінарні команди, телемедицину і електронні медичні картки), що мають підвищити ефективність системи охорони здоров'я [6; 32]. Окрім цього, посилення первинної медико-санітарної допомоги (наприклад, створення амбулаторій сімейної медицини і програм скринінгу) доводить свою ефективність у виявленні ХЗ на ранніх стадіях та поліпшенні якості життя городян [25; 32].

Кожен із проаналізованих чинників, починаючи зі способу життя і завершуючи екологічними умовами та доступом до медичної допомоги, тісно взаємодіє з іншими, створюючи складну систему впливів на здоров'я мешканців мегаполісу.

Аналіз літературних джерел підтверджує: для досягнення реального покращення стану здоров'я міського населення необхідно вживати комплексних заходів, що охоплюють поведінкові, соціальні, екологічні й організаційні детермінанти.

1.4. Міжнародний досвід протидії розвитку хронічних захворювань серед населення мегаполісів

Міське населення значною мірою піддається впливу чинників, що сприяють поширенню неінфекційних захворювань. Це створює значний тягар на системи охорони здоров'я та зумовлює необхідність розробки цілісних профілактичних стратегій.

Міжнародна практика показує ефективність реалізації інтегрованих програм, які включають медичні, соціальні, екологічні та освітні компоненти. Зокрема, обмеження інтенсивного використання транспорту, розвиток громадського транспорту, розширення зелених зон та моніторинг якості повітря позитивно впливають на профілактику серцево-судинних і респіраторних хвороб [5; 28; 48; 64].

Сучасні підходи також включають цифрові інструменти моніторингу екологічних умов для оперативного реагування на ризики, пов'язані зі здоров'ям, що дозволяє зменшити захворюваність, пов'язану із забрудненням повітря [48; 64; 65].

У країнах Європейського Союзу реалізуються програми, спрямовані на боротьбу з впливом забруднення повітря на розвиток респіраторних захворювань. Впровадження обмеження на використання автомобільного транспорту та розвиток зеленої інфраструктури є ефективними заходами для поліпшення стану здоров'я населення мегаполісів [5]. Це свідчить про те, що боротьба зі забрудненням повітря є невід'ємною частиною стратегії профілактики ХЗ.

Міжнародний досвід свідчить про ефективність впровадження програм раннього виявлення та контролю ризиків для здоров'я в мегаполісах. Так, у багатьох країнах Європи було реалізовано програми скринінгу на ранні стадії розвитку серцево-судинних захворювань, які базуються на аналізі епідеміологічних даних та вивченні факторів ризику, що характерні для конкретних регіонів.

Однією з основних складових усіх профілактичних заходів є формування в населення медичних знань й установок на здоровий спосіб життя [27].

Найбільш дієвою стратегією в профілактиці серцево-судинних захворювань є командний підхід, що передбачає спільну роботу лікаря та пацієнта. Лікарі мають враховувати всі соціальні фактори ризику, які можуть впливати на вибір пацієнта щодо лікування та профілактики [3; 6; 40].

У центрі уваги багатьох програм -створення умов для активного способу життя. Забезпечення простору для рухової активності, велосипедної інфраструктури, спортивних майданчиків дозволяє знизити гіподинамію та пов'язані з нею хвороби, включаючи ожиріння і гіпертензію [41; 43].

Особливе значення має популяризація здорового харчування. Регулювання харчової промисловості, просвітницькі кампанії щодо корисного харчування та доступність свіжих продуктів демонструють ефективність у зниженні ризиків розвитку ХЗ. Раціон має включати овочі, фрукти, цільнозернові продукти, обмежене споживання солі, цукру та трансжирів [40; 45; 60]. Харчування має важливе значення для запобігання серцево-судинним захворюванням, і адаптація дієтичних рекомендацій до специфіки місцевості може суттєво знизити ризики [45].

В багатьох країнах велика увага приділяється профілактиці артеріальної гіпертензії (АГ), яка стає основною причиною розвитку цереброваскулярних хвороб. Масштабні програми скеровані на зменшення споживання солі, збільшення рухової активності та покращення доступу до медичних послуг сприяють суттєвому скороченню ризиків АГ [19; 30].

Одним із ключових напрямів протидії розвитку хронічних захворювань є програми контролю маси тіла [1]. Окрему роль відіграє боротьба з поведінковими факторами ризику: палінням, вживанням алкоголю, нераціональним харчуванням. Комплексні програми зміни поведінки, що включають інформаційні кампанії, індивідуальне консультування, групову підтримку та цифрові інструменти самоконтролю, суттєво покращують результати профілактики [13; 23; 27; 32; 40; 49; 52; 66].

Низка досліджень підтверджує, що розвиток зеленої інфраструктури, контроль рівня шуму, забезпечення безпечного середовища для життя і праці, а також доступ до якісних медичних послуг відіграють суттєву роль у зниженні ризику виникнення ХЗ [43; 55].

Ефективність заходів також залежить від міжсекторального підходу — взаємодії медицини, освіти, транспорту, екології, урбаністики. Таке міждисциплінарне планування дає змогу враховувати соціальні, поведінкові та екологічні детермінанти здоров'я одночасно [1; 3; 6; 40].

Досвід країн ЄС засвідчує ефективність поєднання цих заходів із формуванням ЗСЖ, удосконаленням інфраструктури для фізичної активності, забезпеченням якісної профілактичної медицини та підвищенням поінформованості населення [32].

В Україні вже зроблені певні кроки в цьому напрямі. У відповідь на виклики ХЗ у містах на рівні міжнародних організацій розроблені стратегічні документи, зокрема Глобальна Ціль сталого розвитку 3 "Забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці", а також ціль 3.4, що передбачає скорочення на одну третину передчасної смертності від ХЗ до 2030 р. шляхом профілактики та лікування [7, 18]. Аналогічні напрями закладено і в Плані дій ВООЗ щодо профілактики та контролю за НІЗ у Європейському регіоні на 2016–2025 рр., що передбачає впровадження комплексних втручань у сфері охорони здоров'я, екології, освіти та соціальної політики. Проте ефективність їх реалізації потребує посилення міжвідомчої взаємодії, політичної волі та участі місцевих громад [3, 20, 29].

Отже, міжнародний досвід підтверджує необхідність реалізації комплексної політики, спрямованої на профілактику ХЗ у мегаполісах. Ця політика повинна охоплювати питання довкілля, способу життя, медичного обслуговування та інформування населення, що сприяє зміцненню здоров'я мешканців міст.

Профілактичні заходи грають важливу роль у зменшенні ризику виникнення ХЗ, адже дозволяють вчасно виявляти та усувати проблеми.

Роль адвокаційних та комунікаційних кампаній в реалізації профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісів

У сучасних умовах активне поширення хронічних захворювань серед міського населення потребує комплексного підходу до профілактики. Одним із ключових механізмів реалізації таких підходів стали адвокаційні та комунікаційні кампанії. Вони забезпечують як обізнаність населення щодо основних факторів ризику, так і стимулювання поведінкових змін, що ведуть до зменшення захворюваності.

Адвокація відіграє роль інструмента, за допомогою якого суспільство впливає на формування політики охорони здоров'я. Через підтримку змін на інституційному рівні адвокаційні кампанії створюють можливості для формування сприятливого середовища, зниження впливу факторів ризику та забезпечення рівного доступу до профілактичних заходів.

Особливу увагу у рамках таких кампаній приділяють екологічним загрозам, зокрема забрудненню повітря, яке пов'язане з високими показниками серцево-судинної захворюваності та смертності. Вони орієнтовані на покращення якості повітря, можуть суттєво вплинути на здоров'я населення мегаполісів і сприяти профілактиці ХЗ [48; 51].

Комунікаційні кампанії, як невід'ємна частина системи громадського здоров'я, спрямовані на забезпечення інформування населення про можливі загрози здоров'ю, зміну ставлення до профілактики та мотивацію до ЗСЖ. Їх роль особливо актуальна в умовах інтенсивної урбанізації, де середовище саме по собі сприяє поширенню факторів ризику. Такі кампанії мають потенціал змінити поведінкові моделі, підвищуючи рівень фізичної активності, зменшуючи тютюнопаління, покращуючи харчові звички та стимулюючи участь у скринінгах [53; 59; 60].

Досвід реалізації комунікаційних кампаній свідчить, що привернення уваги до питань гігієнічного моніторингу повітря є важливим кроком у зменшенні поширеності респіраторних захворювань серед міського населення,

особливо вразливих груп, таких як діти [64]. Це дозволяє активізувати громаду для участі у формуванні здорового середовища.

У мегаполісах, де спостерігається зростання мультиморбідності, ефективне застосування мультимедійних інформаційних кампаній допомагає формувати ефективні стратегії контролю ризиків та зменшення тягара хронічних хвороб [33; 43; 48]. Одночасно такі кампанії мають стимулювати розвиток зеленої інфраструктури, доступність зон для фізичної активності та пропаганду здорового способу життя.

Комунікаційні кампанії, адаптовані до соціокультурних умов мегаполісів, спрямовані на конкретні цільові аудиторії та поширюються за допомогою цифрових платформ, дозволяють ефективно охопити широкі верстви населення. Вони включають як масову рекламу, так і індивідуальні інформаційні продукти — брошури, відеоролики, пости в соціальних мережах [1; 11; 29; 31].

Адвокація також охоплює заходи, спрямовані на лобювання змін у політиці — зокрема, зниження споживання трансжирів, солі, алкоголю, заборону тютюнової реклами та стимулювання фізичної активності через урбаністичні рішення. Зусилля з популяризації здорового харчування, доступ до якісних продуктів, просвітницькі кампанії також демонструють високу ефективність [14; 17; 45; 60].

Ефективність комунікаційних та адвокаційних заходів залежить від міжсекторальної взаємодії — охоплення медичного, освітнього, транспортного та соціального секторів [3; 6; 40].

Важливо, щоб кампанії супроводжувалися відповідними реформами у системі охорони здоров'я та підтримувалися на національному рівні [67].

Комплексне використання комунікаційних та адвокаційних стратегій у мегаполісах дозволяє значно покращити профілактику хронічних захворювань. Через підвищення обізнаності, доступ до інформації та активну участь населення у заходах зі зміцнення здоров'я, ці кампанії мають потенціал зменшити поширеність факторів ризику та загальний тягар хронічних захворювань серед міського населення.

Висновки: Профілактика хронічних захворювань є одним із пріоритетних напрямів у сфері громадського здоров'я. Її актуальність невпинно зростає в умовах інтенсивної урбанізації, коли мешканці мегаполісів стикаються з широким спектром несприятливих соціальних, екологічних і поведінкових чинників. На основі аналізу літературних джерел встановлено, що найпоширенішими факторами ризику розвитку ХЗ є тютюнопаління, нездорове харчування, недостатній рівень фізичної активності, зловживання алкоголем, хронічний стрес і забруднення довкілля. Відтак саме ці детермінанти мають бути враховані у розробці комплексної системи профілактики.

Попередній досвід реалізації національних програм профілактики вказує на те, що переважна більшість таких ініціатив була зосереджена на структурних змінах, зокрема на покращенні доступності медичної допомоги. Водночас аналіз свідчить про недостатню увагу до рівня індивідуальної відповідальності громадян, їх інформованості та особистої мотивації. З цього можна зробити висновок, що ефективна профілактика потребує не лише адміністративних рішень, а й активного залучення самого населення до процесу збереження власного здоров'я. Цей процес можливий лише за умов належного інформаційного супроводу, освітніх заходів і доступу до якісних медичних послуг.

Окремої уваги заслуговує роль лікаря первинної ланки як ключової фігури у профілактиці. Здатність таких фахівців до своєчасного виявлення ризиків, професійного консультування та формування сталих мотивацій до змін у поведінці має безпосередній вплив на зниження рівня захворюваності.

Отже, їх участь у просвітницькій та медико-профілактичній роботі є визначальною умовою для підвищення ефективності профілактичних стратегій.

Крім того, з огляду на результати вивчення джерел, можна стверджувати, що дієвість профілактичних програм зростає за умови інтеграції сучасних комунікаційних засобів - цифрових платформ, соціальних медіа, громадських інформаційних кампаній, а також адвокаційної підтримки міжсекторальної взаємодії. Йдеться про тісну співпрацю між медичними закладами, органами

влади, освітніми структурами та громадськими об'єднаннями. У фокусі таких зусиль має залишатися створення здорового міського середовища, що забезпечує доступ до зелених зон, чистого повітря, безпечного житла, якісної питної води та можливостей для фізичної активності.

З урахуванням проведеного огляду літератури, доцільним є наукове обґрунтування програми вдосконалення профілактики НІЗ серед міського населення, зокрема на прикладі м. Києва. Така програма повинна базуватись на поєднанні медичних, соціально-поведінкових, культурних і екологічних компонентів, що в сукупності дає можливість істотно знизити поширеність НІЗ і водночас сприяти підвищенню тривалості та якості життя.

Отже, розроблення та впровадження науково вивіреної цілісної профілактичної моделі для мегаполісу потребує міжвідомчої координації, належного ресурсного забезпечення, залучення професійної медичної спільноти, представників громадськості й управлінських структур. Це дозволить сформувати єдину профілактичну політику, адаптовану до викликів сучасного міського середовища.

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Програма та матеріали дослідження

Програма магістерської роботи включала чотири організаційні етапи і була реалізована із застосуванням комплексу сучасних методів дослідження.

На першому етапі дослідження було проведено вивчення та узагальнення результатів наукових досліджень щодо масштабів, епідеміологічних тенденцій захворюваності та поширеності АГ та ЧР її розвитку, смертності населення внаслідок АГ, внеску АГ у загальний тягар хвороб в Україні і країнах Європейського регіону ВООЗ протягом 2015-2022 рр. Було також проаналізовано стратегічні пріоритети ВООЗ щодо протидії поширеності АГ та чинників ризику її розвитку на популяційному та індивідуальному рівні. Було проведено вивчення 55 науково-інформаційних джерел та нормативно-правових, програмних, стратегічних документів міжнародного та національного рівнів.

Другий етап роботи було присвячено вибору напрямку дослідження, формуванню програми, мети, завдань і методів та обсягів дослідження, сформулювати його мету.

Результати проведеного бібліосемантичного аналізу наукової літератури підтвердили актуальність дослідження проблеми профілактики АГ та чинників ризику її розвитку та обґрунтування комплексних заходів щодо її вдосконалення.

Об'єктом дослідження обрано громадське здоров'я, предметом *дослідження*: захворюваність та поширеність артеріальної гіпертензії, чинники ризику її розвитку, смертність внаслідок АГ, тягар хвороб, профілактика АГ та чинників ризику.

Джерелами інформації слугували наукові праці вітчизняних та зарубіжних авторів, нормативно-правові документи, статистичні бази даних «ЗДВ» ЄРБ ВООЗ, статистичні довідники та звіти Державної служби статистики України, Центру громадського здоров'я МОЗ України.

На третьому етапі дослідження було проведено аналіз медико-

Демографічної ситуації, трендів смертності, захворюваності населення України внаслідок АГ та оцінку поширеності провідних чинників ризику її розвитку. Зазначений аналіз було обмежено періодом з 2015 до 2021 рр., у зв'язку з відсутністю доступних офіційних статистичних даних за наступні роки. Більш поглиблений за часом аналіз ситуації (за 2015-2023 рр.) було здійснено на прикладі столиці України – м. Києва.

Четвертий етап дослідження було присвячено аналізу міжнародного та національного досвіду профілактичної роботи щодо поширеності НІЗ в умовах мегаполісі, науковому обґрунтуванню програм їх профілактики відповідно до стратегічних орієнтирів, окреслених Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я на період 2015-2020 років (2015 р.), Концепцією розвитку системи громадського здоров'я (2016 р.), Законом України про систему громадського здоров'я (2022 р.), Планом дій щодо профілактики та контролю неінфекційних захворювань у Європейському регіоні ВООЗ на 2016-2025 рр. (2016 р.) та іншими документами міжнародного рівня.

2.2. Методи дослідження

Для вирішення поставлених у роботі завдань було використано комплекс наступних методів:

- системного підходу – на кожному з етапів виконання роботи з метою формування і вирішення проблеми дослідження;
- бібліосемантичний – для наукового аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури за тематикою роботи;
- епідеміологічний – при аналізі рівнів захворюваності та поширеності НІЗ та чинників ризику їх розвитку, динаміки показників у часі;
- соціологічний – з метою вивчення громадської думки та професійної думки медичних працівників щодо проблеми хронічних захворювань в умовах мегаполісу№
- медико-статистичний – для статистичної обробки та аналізу отриманої інформації;
- концептуального моделювання – з метою наукового обґрунтування

обґрунтуванні комплексу заходів щодо профілактики НЗ в мегаполісах України на прикладі м. Києва.

Висновки до розділу 2

Для досягнення визначеної мети дослідження – наукового обґрунтування програми профілактики НЗ в Україні було розроблено і застосовано комплексну програму, що базується на методології системного підходу.

Програма роботи передбачала чотири етапи і була реалізована із застосуванням комплексу сучасних методів дослідження, що дозволило отримати достатньо повну наукову інформацію для характеристики стану об'єкта та предметів дослідження, формулювання та наукового обґрунтування наукових положень та висновків.

Визначено основні напрями і комплексні заходи оптимізації профілактики НЗ на основі своєчасного виявлення чинників ризику їх розвитку, постійного моніторингу стану здоров'я населення та екологічної ситуації в мегаполісі, корекції та мінімізації впливу поведінкових чинників ризику в рамках комунікаційних кампаній зі зміни поведінки та усвідомленого вибору населенням здорового способу життя.

РОЗДІЛ 3. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕНOSTІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МЕГАПОЛІСУ (на прикладі м. Києва)

3.1. Аналіз динаміки основних показників стану здоров'я населення м. Києва протягом 2020-2024 рр.

Станом на 1.01.2022 р. чисельність постійного населення міста Києва становила 2911,0 тис. осіб, з них 1342,2 тис. - чоловіки, 1568,8 тис. - жінки. Природний приріст населення становив -5,3 на 1000 населення.

Дослідження показало, що динаміка загальної захворюваності дорослого населення міста у віці 18 років і старше на 10 тис. населення протягом 2020 -2023 рр. характеризується коливаннями, з тенденцією до скорочення її рівня за цей період за усіма класами хвороб, за винятком новоутворень, показник якої у 2023 р. зріс на 6,1% проти даних 2020 р., переважно за рахунок злоякісних новоутворень.

Водночас на тлі цієї тенденції зафіксовано зростання у 2023 р. рівнів захворюваності населення на низку захворювань, зокрема ХСК - на 7,1%, хвороб ендокринної системи - 5,9%, хвороб нервової системи-на 4,5%, хвороб кісткової системи та сполучної тканини- на 9% проти даних 2022 р..

Подальший аналіз показав, що найчисельнішою групою хвороб, що формують захворюваність дорослого населення м. Києва залишаються хвороби системи кровообігу та хвороби органів дихання, останні в основному за рахунок гострих респіраторних захворювань (табл. 3.1.1).

Динаміку загальної захворюваності дорослого населення міста протягом 2020-2024 рр. на такі соціально значущі хвороби як ХСК, цукровий діабет та злоякісні новоутворення, з подальшим зростанням у 2024 р. рівня захворюваності на злоякісні новоутворення ілюструє рис. 3.1.1.

Таблиця 3.1.1.

Динаміка загальної захворюваності дорослого населення м. Києва за класами хвороб (на 10 тис. населення у віці 18 років і старше)

Класи захворювань	2020	2021	2022	2023	Зміни	
					2020/2023	2022/2023
Усього	18061,3	17448,5	15128,4	15493,2	-14,3%	+2,4%
Новоутворення	714,4	718,7	702,0	757,9	+6,1%	+7,9%
Хвороби ендокр. системи	956,2	938,7	872,3	900,3	-5,8%	+5,9
Хвороби нервов. системи	641,2	589,0	522,0	545,4	-15%	+4,5%
Хвороби ока та придатк. апарату	806,3	770,8	635,2	635,7	-21,2%	+0,1%
ХСК	5502,4	5240,7	4603,9	4636,5	-15,7%	+7,1%
Хвороби органів дихання	2951,7	3040,5	2481,8	2378,7	-19,5%	-4,2%
Хвороби органів травлення	2042,9	1882,7	1624,0	1630,0	-20,3%	+3,7%
Хвороби кістк.-м'язової системи	1081,8	1015,3	883,9	963,7	-10,9	+9,0%
Хвороби сечо-статевої системи	1523,7	1398,6	1192,6	1220,3	-19,9%	+0,3%
Інші	1840,7	1853,5	1610,7	1824,7	-8,9%	+24,0%

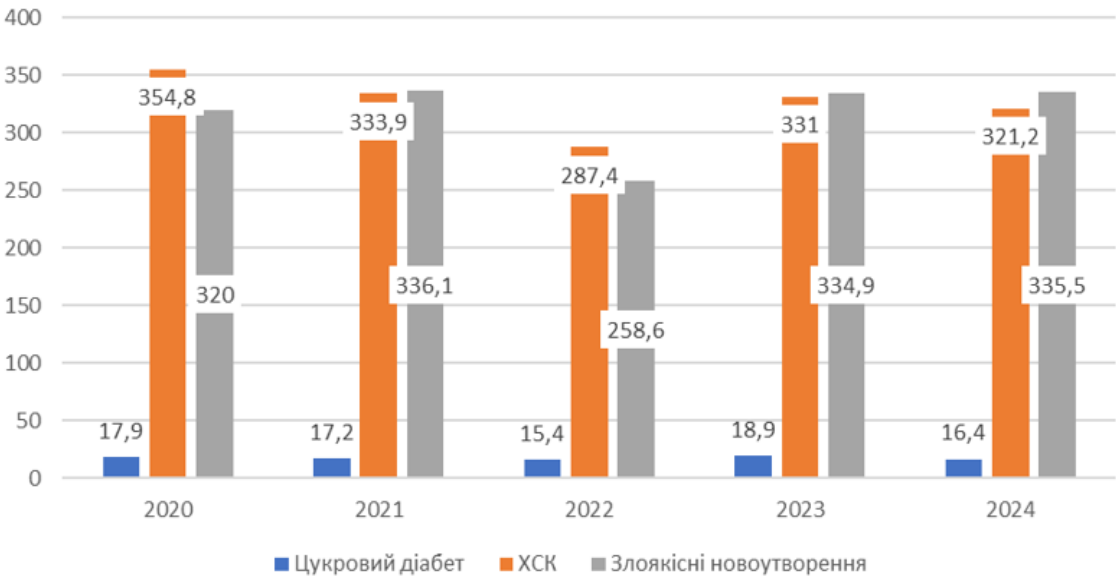


Рис.3.1.1. Динаміка загальної захворюваності дорослого населення м. Києва протягом 2020-2024 рр. на ХСК, цукровий діабет та злоякісні новоутворення

Також встановлено, що поступальна тенденція до скорочення протягом 2015-2020 рр. поширеності всіх форм туберкульозу, у т. ч. активного туберкульозу легень, як в Україні в цілому, так і в м. Києві, змінилася в наступні роки на протилежне значне зростання рівня цього показника.

Зокрема, поширеність активного туберкульозу легень серед киян зросла у 2024 р. до 30,9 на 100 тис. населення, що на 46,4% перевищує показник 2022 р. (рис. 3.1.2.). Водночас захворюваність на туберкульоз у м. Києві на 6,7% нижче середньоукраїнського показника і є однією з найнижчих в Україні.

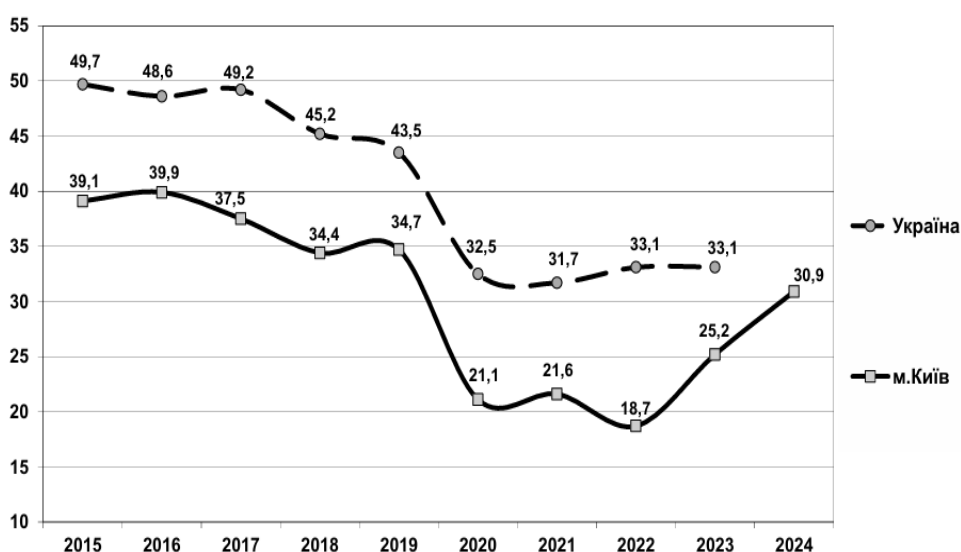


Рис. 3.1.2. Динаміка захворюваності на активний туберкульоз органів дихання в Україні і м. Києві протягом 2015-2024 рр. (на 100 000 населення)

Аналіз загальної та первинної захворюваності населення міста на такі поширені ХЗ, як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет та бронхіальна астма, показав, що протягом останніх років спостерігаються різновекторні зміни цих показників.

Зокрема, протягом 2023-2024 рр. на тлі незначного зниження рівня загальної захворюваності на гіпертонічну хворобу відбувається зростання на 19,4% рівня первинної захворюваності на цю хворобу. Динаміка захворюваності населення на бронхіальну астму характеризується зростанням як загальної, так і первинної захворюваності, з більш стрімким темпом приросту первинної

захворюваності. Останніми роками спостерігається також зростання рівнів і первинної, і загальної захворюваності населення на цукровий діабет, у т. ч. інсулінозалежної форми, з помітним переважанням темпів приросту первинної захворюваності. Водночас має місце скорочення обсягів диспансерного нагляду за пацієнтами, у яких зареєстровані ці хвороби (табл.3.1.2).

Таблиця 3.1.2.

**Оцінка показників загальної та первинної захворюваності населення
м. Києва на гіпертонічну хворобу, цукровий діабет та бронхіальну астму
(на 10тис. населення)та обсягів диспансерного нагляду за хворими
у 2023-2024 рр.**

Нозологічна форма	Загальна захворюваність на 10 тис.нас.			Первинна захворюваність на 10 тис.нас.			Перебувають під Д-наглядом (% від зареєстрованих)		
	2023	2024	Зміни	2023	2024	Зміни	2023	2024	Зміни
Гіпертонічна хвороба	1731,2	1715,0	-0,9%	110,4	131,8	+19,4%	56,8	55,4	Зниження
Цукровий діабет	282,4	295,6	+4,7%	15,9	16,3	+2,5%	91,7	79,7	Зниження
у. т.ч. інсуліно-залежний	25,7	28,3	+10,1	1,2	1,3	+8,3%	91,7	86,8	Зниження
Бронхіальна астма	59,3	62,1	+4,7%	4,0	7,5	+1,9 раза	82,5	74,2	Зниження

Виявлені тенденції до скорочення обсягів диспансерного нагляду за зазначеними категоріями пацієнтів у м Києві свідчать про нагальну потребу у комплексному вдосконаленні профілактики ХЗ та чинників ризику їх розвитку.

Аналіз структури причин смертності населення м. Києва впродовж 2018-2021 рр. засвідчив її істотні зміни, у зв'язку з пандемією COVID-19 (табл. 3.1.3.). Проте перше рангове місце, як і в попередні роки, посідають хвороби системи кровообігу, які у 2021 році стали причиною смерті 53,9 % усіх випадків смертей киян проти 61,5 % у 2020 році.

Крім того, у 2021 році у структурі смертності населення від хвороб системи

кровообігу 80% випадків припадало на смертність від ішемічної хвороби серця, зокрема від інфарктів. Друге місце посідала смертність від хвороб, зумовлених вірусом COVID–19, яка становила 16,8 % від загальної смертності по місту (проти 6,4 % у 2020 році). Трете рангове місце у структурі смертності обіймала смертність населення від новоутворень – 11,9 %.

Таблиця 3.1.3.

Розподіл померлих в м. Києві протягом 2018-2021 рр.

за основними причинами смерті(осіб)

Усього	2018	2019	2020	2021	Зміни: 2018/2021
	32231	33137	36091	45223	+40,3%
у т. ч. від:					
ХСК	20427	21259	22168	24355	+19,2%
новоутворень	5524	5769	5606	5403	-2,2%
зовнішніх причин смерті	1512	1451	1286	1389	-8,1%
хвороб органів травлення	1599	1491	1509	1650	+3,2%
хвороб органів дихання ³	744	847	837	1720	< 2,3 раза
інф. та параз.хвороб	501	484	450	390	-22,2%
КОВІД-19			2349	7704	< 3,3 раза

3.2. Оцінка сучасної екологічної ситуації в м. Києві та її впливу на стан здоров'я населення

Охорона довкілля, раціональне використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки життєдіяльності населення, у т. ч. в умовах урбанізації є невід'ємною передумовою сталого економічного та соціального розвитку. Слід зазначити, що екологічна ситуація в місті, як і загалом в Україні, значно погіршилася в умовах збройної агресії РФ проти України.

Моніторинг довкілля в м. Києві здійснюють найбільша в Україні Центральна геофізична обсерваторія імені Бориса Срезневського (далі – ЦГО),

Управління екології та природних ресурсів Київської міської державної адміністрації та Державне агентство водних ресурсів України.

Загальновідомо, що головним чинником негативного впливу довкілля на здоров'я населення мегаполісів є забруднення атмосферного повітря. Це значною мірою визначається перш за все обсягами викидів різних забруднюючих речовин від стаціонарних і пересувних джерел забруднення.

За даними моніторингу протягом 2019-2021 рр. у м. Києві на тлі загального зменшення обсягів викидів від стаціонарних джерел мало місце зростання викидів від пересувних джерел - до 63,6 кг у розрахунку на 1 особу, що перевищувало середньоукраїнський показник в 1,7 раза. Істотне зменшення обсягів викидів у 2022 - 2023 рр. від стаціонарних і пересувних забруднювачів пояснюється браком повної інформації щодо забруднення повітря, зокрема даних про викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від автотранспорту. (рис.3.2.1.).

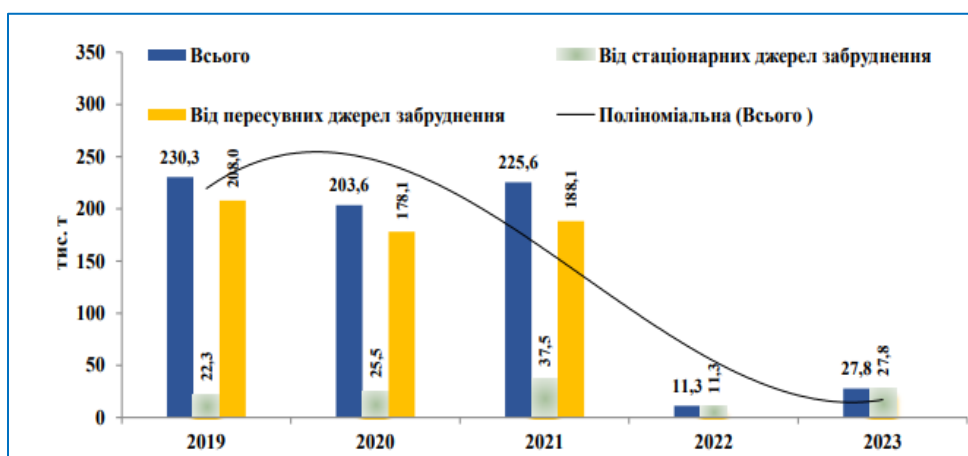


Рис.1. Динаміка викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря в м. Києві у 2019-2023 рр.

Основним джерелом забруднення атмосферного повітря від стаціонарних джерел в м. Києві є міський промисловий комплекс міста, основні зони забруднення концентруються в ділянках, прилеглих до місць локалізації промислових підприємств та міських автомагістралей. Динаміку обсягів викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря м. Києва від стаціонарних джерел за 2019-2021 рр. представлено в таблиці 3.2.1, яка підтверджує збільшення

ризик для здоров'я через зростання загальних обсягів викидів забруднюючих речовин та парникових газів від стаціонарних джерел до 38,8 тис. т у 2021 р. та їх обсягів у розрахунку на км² (46,4 т) та в кг на 1 особу (23,1кг)

Таблиця 3.2.1.

Динаміка обсягів викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря
м. Києва за 2019-2021 рр.

Показники	2019	2020	2021
Викиди забруднюючих речовин та парникових газів від стаціонарних джерел, тис.т	22,3	25,5	38,8
Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел у розрахунку на км ² , т	26,7	30,5	46,4
Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел у розрахунку на одну особу, кг	7,5	8,6	23,1

За даними ЦГО у структурі обсягів викидів забруднюючих речовин, шкідливих для здоров'я, спостерігається щорічне збільшення викидів від пересувних джерел забруднення найбільш завантажених автомагістралей міста.

Про це свідчить загальний рівень забруднення повітря за індексом забруднення атмосфери (ІЗА), який у 2022 р. оцінювався як високий (7,1-9,2 умовних одиниць) з найбільш високими значеннями у травні та червні (9,2 ум. од.). Мало місце перевищення в повітрі середньодобових гранично допустимих концентрацій (ГДК с.д.*) діоксиду азоту (у 2,5 раза), формальдегіду – в 1,9 раза, оксиду азоту – в 1,2 раза (табл.3.2.1).

Ці речовини, що відносяться до 2 і 3 класів небезпеки, найбільшою мірою забруднюють повітря міста, негативно впливаючи на стан здоров'я киян. Середньорічні концентрації завислих речовин не перевищували рівень ГДК с.д. і були на рівні 0,5-0,9 ГДК с.д. Загалом вміст завислих речовин, фтористого водню, аміаку та важких металів протягом року мав незначні коливання. Встановлено, що рівень забруднення повітря міста за показником ІЗА мав найбільш високі значення у травні-червні (9,2 ум. од.).

Таблиця 3.2.2.

Вміст забруднюючих речовин в атмосферному повітрі м. Києва у 2021 році

Назва забруднюючої речовини	Середньо-річний вміст, мг/м ³	Середньо-добові ГДК, мг/м ³	Максимальні разові ГДК, мг/м ³	Максимальний вміст, мг/м ³
Завислі речовини	0,10	0,15	0,50	0,23
Діоксид сірки	0,04	0,05	0,50	0,20
Оксид вуглецю	1,2	3,0	5,0	10,1
Діоксид азоту	0,12	0,04	0,20	0,69
Оксид азоту	0,08	0,06	0,40	0,44
Сірководень	0,002	-	0,008	0,006
Фенол	0,003	0,003	0,010	0,009
Фтористий водень	0,001	0,005	0,020	0,008

За даними проведеного аналізу стану здоров'я населення та екологічної ситуації в м. Києві, можна зробити висновок, що основними сучасними екологічними проблемами, які обумовлюють значні ризики для здоров'я населення, є: екологічні проблеми, які спричинені збройною агресією РФ проти України; забруднення атмосферного повітря викидами від автотранспорту та промислових підприємств; забруднення водних ресурсів скидами промислових та житлово-комунальних підприємств; підтоплення земель і населених пунктів регіону; проблеми поводження з відходами; забруднення та трансформацію природних ґрунтів; кліматичні зміни; проблеми збереження зелених зон; наявність ризиків впливу на здоров'я населення міста.

Законодавче та адміністративне регулювання стану охорони довкілля м. Києва визначається і здійснюється у відповідності до положень наступних законів України: «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2030 року», «Про охорону навколишнього природного середовища», «Про охорону атмосферного повітря», «Про стратегічну екологічну оцінку», «Про оцінку впливу на довкілля», «Про управління відходами», «Про інформацію», а також Водним кодексом України

та Указом Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року.

Важливість нагального вирішення цих проблем підтверджують дані ВООЗ про те, що у світі щороку помирає 7 млн осіб від захворювань, пов'язаних із забрудненням атмосферного повітря. Відомо, що серйозним чинником ризику для здоров'я мешканців міст є, зокрема, викиди автотранспорту, які містять близько 200 компонентів забруднюючих речовин, мають токсичний, мутагенний, наркотичний та інший вплив на живі організми. Так, вплив діоксиду азоту на людину призводить передусім до розвитку гострих, а при тривалій дії і до хронічних захворювань органів дихальної системи та виникнення приступів задухи у хворих на бронхіальну астму. Навіть при незначних концентраціях діоксиду азоту у повітрі підвищується схильність до респіраторних інфекційних захворювань. Завислі речовини, найбільш небезпечними з яких є мікрочастки розміром до 2,5 мкм, мають здатність проникати через легеневі мембрани і вносити токсичні речовини безпосередньо в кровоносну систему, що підвищує ризик розвитку ХСК, хронічних обструктивних захворювань легень і раку легень та інших захворювань.

На думку експертів ВООЗ підходи до управління якістю повітря повинні бути спрямовані на загальне зменшення концентрацій РМ_{2,5} та усунення джерел забруднення в міському середовищі. Проте у м. Києві, як і інших великих містах України, забруднення повітря зваженими частками значно перевищує цільові рівні, рекомендовані ВООЗ. За даними ВООЗ рівень смертності від забруднення повітря в Україні найвищий в світі і складає 120 смертей на 100 тисяч населення,

Загалом, міське здоров'я є одним із провідних пріоритетів в діяльності ВООЗ, яка фокусує увагу на необхідності запровадження стратегічних, багатосекторальних та скоординованих підходів до вирішення проблем здоров'я міського населення.

Ще у 1986 році ВООЗ започаткувала Ініціативу “Здорові міста” з метою покращення здоров'я, добробуту та якості життя населення міст шляхом пріоритизації здоров'я в міських програмах і створення глобальної мережі

«Здорових міст».

Цей підхід ґрунтується на принципах інтеграції здоров'я у всі галузі міського розвитку, включаючи міське планування, транспорт, житлове будівництво, розвиток соціальної інфраструктури та охорону довкілля; активної участі містян у розробці та впровадженні програм та політик здорового містобудування; підтримки соціальної справедливості, з увагою до потреб та інтересів всіх груп населення, у т.ч. вразливих; підходу до здорового містобудування, що оптимізує використання ресурсів та забезпечує максимально сприятливий вплив на здоров'я населення міста.

Метою Європейської мережі «Здорові міста» (WHO European Healthy Cities Network), що включає на теперішній час понад 1300 міст 30 країн Європи, є максимальне сприяння покращенню здоров'я, добробуту та якості життя жителів міст шляхом створення здорового міського середовища та підтримки сталого розвитку. Масштаб проблем міського здоров'я потребує запровадження стратегічних, багатосекторальних та скоординованих підходів.

Слід зазначити, що питання здоров'я населення, безпеки довкілля та громадського здоров'я є важливими складовими більшості комплексних і цільових програм м. Києва. Досвід успішної реалізації концепції «здорових міст» в Європейському регіоні окреслив перспективи вирішення цих проблем в м. Києві. Тому подальшими перспективами визначено приєднання міста Києва до Європейської мережі «Здорові міста».

РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНИХ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ТА СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ МЕГАПОЛІСУ

4.1. Оцінка громадської думки про стан свого здоров'я та перспективи вдосконалення профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісу

З метою наукового обґрунтування комплексної програми профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісу в рамках комплексних соціологічних досліджень було проведено вивчення громадської думки з цієї проблеми серед 140 мешканців м. Києва – пацієнтів Центрів первинної медичної допомоги (ПМД).

Віковий діапазон респондентів становив 17-70 років, середній вік опитаних – 49,6 року, переважна їх більшість представлена жінками ($65,8 \pm 4,0\%$), особами, що перебувають в офіційному та цивільному шлюбі ($65 \pm 4,0\%$) та мають вищу освіту ($70,7 \pm 3,8\%$). Більше половини учасників опитування проживають у м. Києві від народження ($56,4 \pm 4,2\%$) або понад 10 років ($31,4 \pm 3,4\%$), що свідчить про достатньо тривалий вплив міського середовища на стан їхнього здоров'я.

За результатами самооцінки жителями м. Києва стану свого здоров'я встановлено, що тільки $5,0 \pm 3,4\%$ опитаних визнали його «відмінним»; майже однаковими виявилися частки «добрих» ($41,4 \pm 4,2\%$) та «задовільних» ($42,9 \pm 4,2\%$) оцінок власного здоров'я; «поганим» назвали стан свого здоров'я $10,0 \pm 2,6\%$ опитаних, крім того, незначна частка учасників ($0,7 \pm 0,4\%$) оцінила його як «дуже погане».

Таким чином, більше половини ($53,6 \pm 4,2\%$) міських жителів оцінюють своє здоров'я не вище задовільного рівня, що засвідчує наявність у них певних розладів стану здоров'я та хронічних захворювань (рис.4.1.).

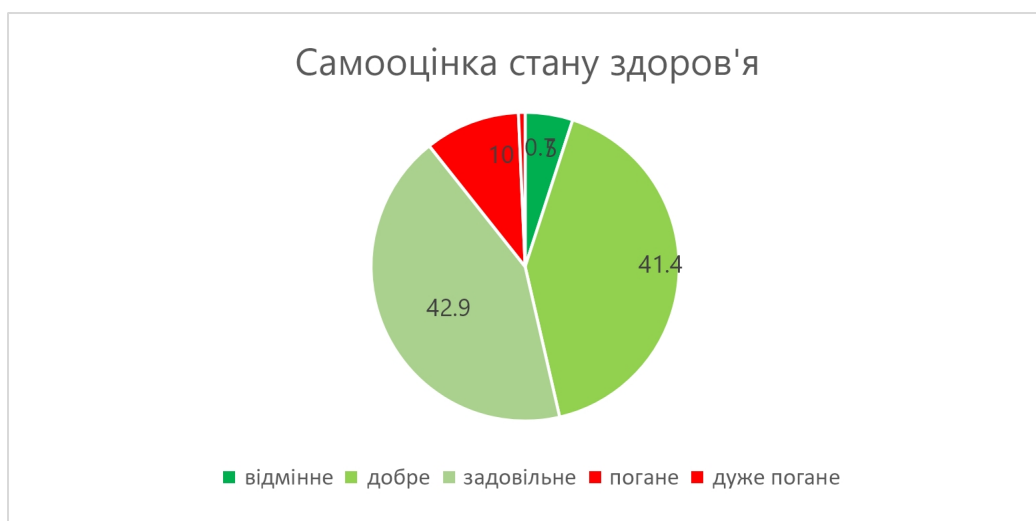


Рис. 4.1. Самооцінка жителями м. Києва стану свого здоров'я (2025 р., %).

За оцінками на 100 опитаних встановлено, що $30,0 \pm 3,9\%$ респондентів страждають на серцево-судинні захворювання, $23,6 \pm 3,6\%$ на хронічні хвороби органів дихання, $18,6 \pm 3,3\%$ повідомили про наявність захворювання на діабет, крім того, за даними опитування $14,2 \pm 2,9\%$ учасників страждають на хронічні хвороби нирок та $13,6 \pm 2,9\%$ – на ожиріння.

Слід зазначити, що представлені результати загалом узгоджуються із загальними характеристиками структури поширеності ХЗ серед населення України, за якими лідирують серцево-судинні хвороби, значними є частки діабету та захворювань органів дихання тощо (табл. 4.1.).

На питання щодо наявності в сім'ях (родичів) респондентів спадкових ХЗ ствердну відповідь дала більшість опитаних, зазначивши наявність в сімейному анамнезі серцево-судинних захворювань ($30,0 \pm 3,9\%$), діабету ($18,6 \pm 3,3\%$ та хронічних респіраторних захворювань ($23,6 \pm 3,6\%$), хронічних захворювань нирок ($14,2 \pm 3,5\%$) та ожиріння ($13,6 \pm 2,8\%$). Це свідчить про те, більшість мешканців відноситься до групи ризику щодо провідних ХЗ через наявність спадкової схильності до їх розвитку, та потребує пильної уваги сімейних лікарів для їх профілактики, ранньої діагностики та вчасного лікування пацієнтів для покращення якості їх життя, попередження тяжких ускладнень, запобігання інвалідизації та передчасній смерті.

Таблиця 4.1

**Структура хронічних захворювань мешканців м. Києва
за даними їх опитування у 2025 році (%)**

Захворювання	Кількість	Відсоток
Серцево-судинні захворювання	42	$30.0 \pm 3,9$
Хронічні респіраторні захворювання	33	$23.6 \pm 3,6$
Діабет	26	$18.6 \pm 3,3$
Хронічні захворювання нірок	20	$14.2 \pm 3,5$
Ожиріння	19	$13.6 \pm 2,8$
Кількість відповідей	140	100,0

Загальновідомо, що на поширеність ХЗ суттєво впливають негативні поведінкові фактори – такі як тютюнопаління, вживання алкоголю, нераціональне харчування та низький рівень фізичної активності тощо. Проведене опитування виявило наявність цих ризикованих поведінкових звичок у більшості респондентів: значна частка з них палить ($40,9 \pm 4,2\%$), більше половини вживають алкоголь ($51 \pm 4,2\%$).

Крім того, раціон переважної більшості опитаних ($80 \pm 3,4\%$) характеризується недостатнім споживанням овочів і фруктів, що не відповідає рекомендованим ВООЗ нормам щодо вживання принаймні 400 г овочів і фруктів на день

Рівень фізичної активності виявився недостатнім у багатьох респондентів ($51,4 \pm 4,2\%$). Лише невелика частка ($13,5 \pm 2,9\%$) опитаних зазначили, що займаються фізичними вправами щоденно. Більшість же пацієнтів тренуються нерегулярно: зокрема, дещо більше третини ($34,8 \pm 4,0\%$) виконують фізичні вправи лише кілька разів на тиждень, а п'ята частка ($22,6 \pm 3,5\%$) – ще рідше.

Наведені дані засвідчили, що, на жаль, гіподинамія є поширеним явищем серед населення мегаполісу, хоча подальше опитування показало, що понад половини ($51,4 \pm 4,2\%$) самих респондентів вважають недостатню фізичну активність одним з головних негативних чинників погіршення стану свого

здоров'я.

Вплив на здоров'я несприятливого середовища в умовах мегаполісу підтверджують суб'єктивні показники здоров'я киян: майже половина мешканців щодня відчують стрес або тривогу ($45,7 \pm 4,2\%$), близько третини опитаних ($29,3 \pm 3,8\%$) регулярно зазнають психоемоційного напруження, а чверть респондентів ($24,3 \pm 3,6\%$) вказали, що зазнають такого впливу кілька разів на тиждень; ніколи не відчуває стресу лише одна особа зі 140 респондентів ($0,7\%$) (рис.4.2.).

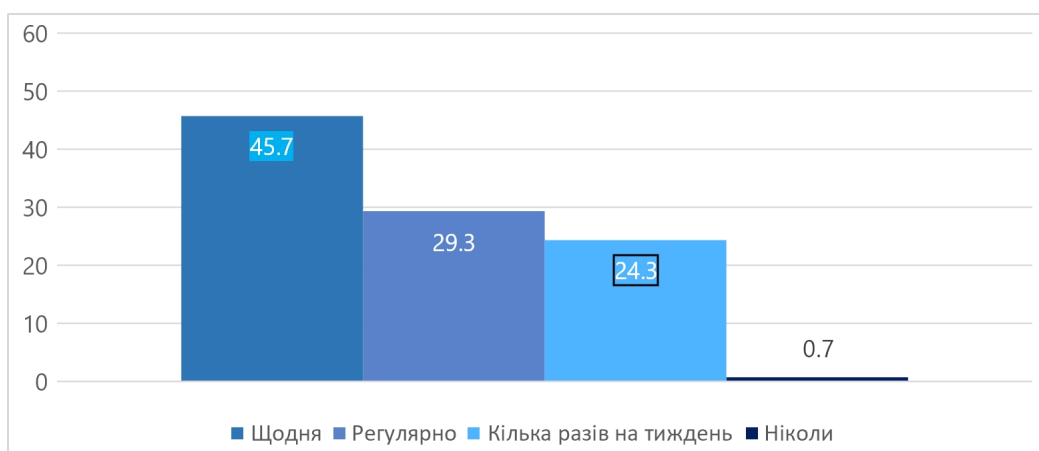


Рис. 4.2. Оцінка жителями м. Києва частоти відчуття стресу та психологічного навантаження в умовах мегаполісу (2025 р., % на 100 опитаних)

Частий стрес у населення часто поєднується з розладами сну, що за даними літератури підвищує ризик розвитку багатьох ХЗ, зокрема, серцево-судинних, імунних та інших порушень.

Зокрема, самооцінка респондентами якості свого сну показала, що лише третина ($33,6 \pm 3,9\%$) опитаних вважає свій сон «добрим» ($33,2 \pm 3,9\%$) та «відмінним» ($1,5 \pm 1,0\%$). Менше третини пацієнтів дали якості сну «задовільну» оцінку ($29,3 \pm 3,8\%$). Водночас викликає занепокоєння встановлена опитуванням досить велика частка «поганих» ($35,0 \pm 4,0\%$) і навіть «дуже поганих» ($2,2 \pm 1,2\%$) оцінок якості свого сну рештою учасників.

З даними опитування населення, майже чверть з них щоденно відчують біль або фізичний дискомфорт ($23,6 \pm 3,8\%$), ці скарги турбують принаймні раз на

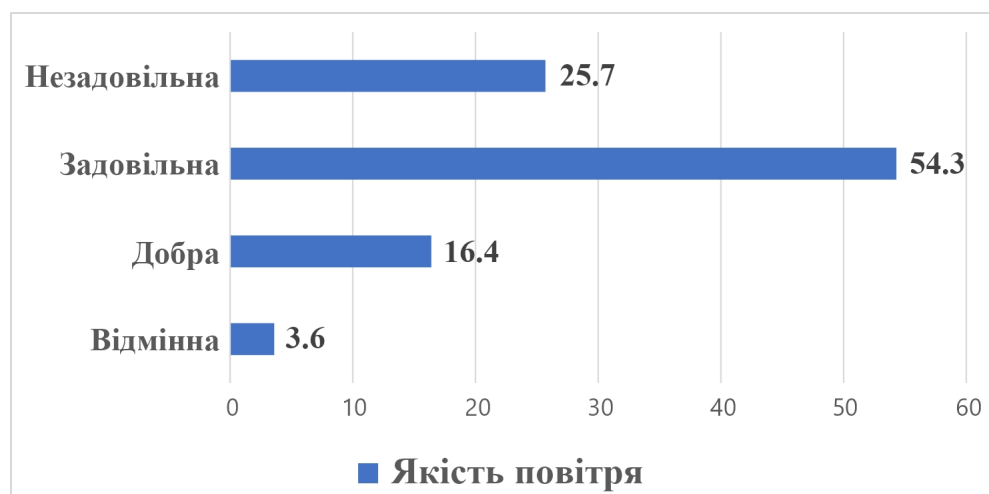
тиждень майже п'яту частку респондентів ($19,3 \pm 3,3\%$). Наведені дані підкреслюють значущість запровадження профілактичного консультування з боку сімейних лікарів, здійснення дієвої профілактики, промоції здоров'я, заходів з формування ЗСЖ населення для збереження здоров'я мешканців мегаполісу та запобігання розвитку ХЗ. здоров'я на ранніх етапах.

Негативний вплив умов проживання в мегаполісах на здоров'я мешканців значною мірою зумовлений несприятливим екологічним середовищем та соціально-психологічними чинниками.

Опитані мешканці м. Києва досить критично оцінили екологічну ситуацію в місті. Лише незначна частка опитаних ($3,6 \pm 1,6\%$) вважають якість атмосферного повітря в районі проживання «відмінною», менше п'ятої частини ($16,4 \pm 3,1\%$) респондентів - «доброю», проте більше половини мешканців міста ($54,3 \pm 4,2\%$) визнали якість повітря «задовільною», а чверть респондентів ($25,7 \pm 3,7\%$) оцінили якість повітря як «незадовільну». Це відображає реалії сучасних мегаполісів, де атмосферне повітря значною мірою забруднене викидами автотранспорту, теплоелектроцентралей, промислових підприємств, сміттєспалювальних заводів, опалювальних та будівельних систем тощо.

Крім того, соціологічне дослідження показало, що більшість мешканців міста ($61,4 \pm 4,1\%$) відчують постійний дискомфорт від шуму транспорту, будівництва тощо, що за даними літератури підвищує рівень стресу і може призводити до розладів сну та серцево-судинних хвороб.

На думку більшості мешканців ($62,1 \pm 4,1\%$) у місті недостатньо зелених зон для відпочинку та прогулянок, занять фізичною культурою та спортом на свіжому повітрі, релаксації, необхідних для збереження та зміцнення здоров'я (рис.4.3.).



**Рис.4.3. Оцінка респондентами якості повітря в м. Києві
(% на 100 опитаних)**

За даними проведеного опитування встановлено, що мешканці Києва усвідомлюють ключові ризики для здоров'я, пов'язані зі способом їх життя. Найбільше значення, на думку опитаних, мають стрес ($80,7 \pm 3,3\%$) та екологічні фактори – стан атмосферного повітря ($67,1 \pm 3,9\%$). Також більше половини респондентів вказали на якість харчування ($59,3 \pm 4,2\%$), а також на низьку фізичну активність ($51,4 \pm 4,3\%$) як визначальні чинники здоров'я.

Водночас виявлено, що близько половини опитаних ($45,7 \pm 4,2\%$) недооцінюють значення для здоров'я якості питної води, яка згідно з санітарно-гігієнічними нормами має бути безпечною в епідемічному та радіаційному відношенні, мати сприятливі органолептичні властивості та нешкідливий для здоров'я хімічний склад (табл.4.3.).

Таблиця 4.3

Рангова оцінка мешканцями м. Києва факторів, що найбільшою мірою впливають на стан їх здоров'я (у % на 100 опитаних, 2025 р.)

Ранг	Фактор	Відсоток	Кількість
1	Стрес	80,7±3,3	113
2	Стан атмосферного повітря	67,1±3,9	94
3	Якість харчування	59,3±4,2	83
4	Недостатня фізична активність	51,4±4,3	72
5	Якість води	45,7±4,2	64
	Кількість відповідей	100,0	426

Відомо, що стан здоров'я значною мірою залежить від свідомого, відповідального ставлення людини до власного здоров'я, дотримання засад здорового способу життя, прихильності до регулярного проведення профілактичних оглядів, частоти відвідувань свого сімейного лікаря для профілактики та ранньої діагностики розладів здоров'я.

Проте дбайливе ставлення до власного здоров'я, на жаль, ще не стало нормою для більшості респондентів: лише незначна частка (6,4±2,1%) опитаних регулярно відвідують свого сімейного лікаря з профілактичною метою, переважна більшість (68,6±3,9%) звертається до лікаря тільки у разі необхідності, крім того, п'ята частка респондентів (20,0±3,4%) повідомили, що рідко відвідують лікарів, у т. ч. 2,9±1,4% опитаних - раз на рік, а 2,1±1,5% - ще рідше. На жаль, 3,6±1,6% мешканців ніколи не звертаються до сімейних лікарів.

На питання щодо отримання від лікарів закладів ПМД порад і рекомендацій щодо зміцнення і збереження здоров'я позитивно відповіла переважна більшість респондентів (75,1±3,0%), проте у більше ніж половині випадків (55,9±3,5%) поради були нерегулярними.

Опитування населення м. Києва щодо дотримання ними засад здорового

способу показало, що завжди дотримуються засад ЗСЖ з метою збереження свого здоров'я та попередження захворювань. лише менше десятої частки пацієнтів ($9,3 \pm 2,5\%$), менше половини киян ($55,7 \pm 4,2\%$) роблять це часто. Що стосується майже третини респондентів ($32,9 \pm 1,4\%$), то регулярне і постійне дотримання засад ЗСЖ їм не притаманне, тому вони роблять це лише іноді ($18,6 \pm 3,3\%$) або рідко ($14,3 \pm 3,0\%$), а незначна частка респондентів, повідомила, що ніколи не дотримуються норм ЗСЖ. Частково проблема полягає і в доступності медичних послуг: хоча $70,7\%$ опитаних мешканців зазначили, що дістатися до медичного закладу їм легко, $29,3\%$ респондентів все ж стикаються з труднощами.

Водночас, респонденти звернули увагу на важливість більш ретельного виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків, у т.ч. щодо профілактики захворювань ($59,9 \pm 3,4\%$); проведення лікувально-оздоровчих заходів і корекції чинників ризику пацієнтам з груп ризику розвитку захворювань ($34,5 \pm 0,3\%$); підвищення мотивації медичних працівників до активної профілактичної діяльності ($31,9 \pm 3,3\%$) (рис.4.4.).

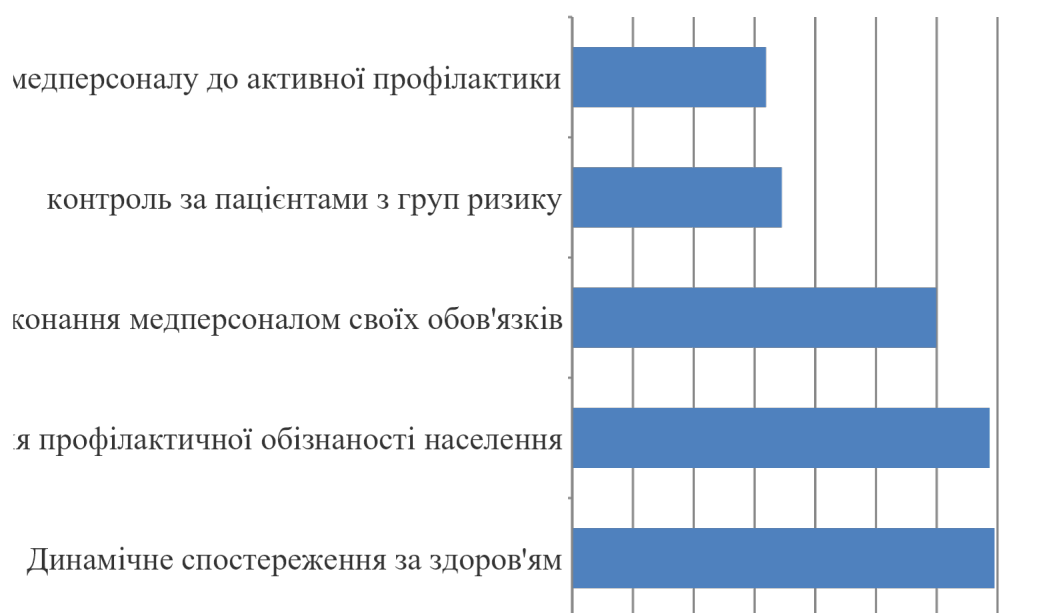


Рис. 4.4. Пропозиції мешканців м. Києва щодо профілактики захворювань серед населення (% на 100 опитаних)

Проведене соціологічне дослідження показало, що недбайливе ставлення більшості мешканців м. Києва до свого здоров'я, їх недостатня медична активність та прихильність до самолікування на тлі впливу низки несприятливих для здоров'я чинників в умовах мегаполісу негативно позначається на стані їхнього здоров'я. Отримані результати свідчать про необхідність комплексного вдосконалення профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісу. Безумовно, при обґрунтуванні комплексних заходів щодо профілактики неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя доцільно враховувати громадську думку щодо шляхів покращення профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я первинного рівня.

4.2. Оцінка професійної думки медичних працівників первинної ланки охорони здоров'я про перспективи вдосконалення профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісу

Соціологічним дослідженням стосовно ролі первинної ланки охорони здоров'я у профілактиці ХЗ в умовах мегаполісу було охоплено 125 лікарів закладів охорони здоров'я м. Києва.

Вік респондентів коливався від 30 до 72 років і становив у середньому 46,1 року. Переважну більшість респондентів ($79,2 \pm 3,6\%$) становили жінки, $20,8\% \pm 3,6\%$ - чоловіки, що загалом відповідає статевому розподілу лікарів в охороні здоров'я. Більше половини опитаних ($60,8 \pm 4,4\%$) були представлені особами зі стажем роботи від 10 до 30 років.

На думку сімейних лікарів найбільшою мірою на здоров'я населення міста впливають екологічні чинники ($70,4 \pm 3,6\%$) та спадкова схильність ($64,8 \pm 4,3\%$). Суттєвим є також вплив нездорового способу життя, зокрема споживання алкоголю ($57,6 \pm 4,4\%$), тютюнопаління ($47,2 \pm 4,4\%$), стресу ($48 \pm 4,5\%$), нераціонального харчування ($44 \pm 4,2\%$) та гіподинамії ($33,6 \pm 3,6\%$). Дещо більше чверті опитаних ($26,4 \pm 3,9\%$) пов'язують зміни у стані здоров'я своїх пацієнтів з негативним впливом виробничих чинників.

Відсутність підтримки з боку сім'ї є ще однією суттєвою проблемою

($48 \pm 4,5\%$), що знижує мотивацію до здорового способу життя. Недостатня підтримка з боку медичних працівників відзначена у $43,2 \pm 4,4\%$ респондентів, що вказує на недостатній супровід профілактичної діяльності з боку медичного персоналу.

Слід зазначити, що сімейні лікарі визнають значну важливість профілактичних заходів для збереження та зміцнення здоров'я своїх пацієнтів. Саме тому абсолютна більшість опитаних ($90,4 \pm 2,6\%$) рекомендують пацієнтам проходити регулярні медичні обстеження для контролю за станом здоров'я, профілактики захворювань та чинників ризику їх розвитку. Проте фактична реалізація цих рекомендацій безумовно залежить від самих пацієнтів. Для підвищення профілактичної активності населення необхідно покращити комунікацію щодо важливості превентивних візитів на рівні сімейний лікар..

За даними сімейних лікарів серед мешканців мегаполісу найбільш поширеними є хвороби системи кровообігу ($86,4 \pm 3,3\%$), хронічні респіраторні захворювання ($64 \pm 4,3\%$) та цукровий діабет ($49,6 \pm 4,5\%$), крім того, майже третина захворювань ($32 \pm 4,6\%$) припадає на хвороби сечостатевої системи, з приводу загострення пацієнти змушені періодично звертатися до лікарів (табл.4.2.1.).

Таблиця 4.2.1

Структура хронічних захворювань мешканців м. Києва за даними соціологічного дослідження серед сімейних лікарів у 2025 р. (%)

Класи захворювань		Кількість хворих	
		Абс.число	P $\pm$ m
Хвороби системи кровообігу		42	30,0 $\pm$ 3,9
Хвороби органів дихання		33	23,6 $\pm$ 2,6
Хвороби ендокринної системи	Діабет	26	18,6 $\pm$ 2,0
	Ожиріння	19	13,6 $\pm$ 2,2
Хронічні захворювання нирок		20	9,3 $\pm$ 2,0
Разом		140	100,0

Водночас, переважна більшість сімейних лікарів - $65,5 \pm 4,9\%$ чоловіків та $70,9 \pm 4,4\%$ жінок (різниця несуттєва – ($t \leq 2$)) вважає необхідним покращення профілактичної роботи на первинному рівні. Це підтверджують дані дослідження щодо частоти проведення профілактичного консультування пацієнтів.

Так, регулярно проводять профілактичні консультування, з інформування своєї пацієнтів про дієві профілактичні заходи лише $8,8 \pm 2,5\%$ на 100 опитаних лікарів, що свідчить про недостатню активність у цьому напрямку, часто обговорюють з пацієнтами ці важливі питання десята частина ($20 \pm 3,6\%$) опитаних лікарів. Майже половина респондентів ($45,6 \pm 4,5\%$) проводить профілактичні бесіди лише іноді, що свідчить про нерегулярність та непослідовність у профілактичній роботі. Рідко звертаються до обговорення профілактичних заходів $25,6 \pm 3,9\%$ респондентів.

Таким чином, менше третини лікарів регулярно приділяють увагу профілактичному консультуванню, тоді як інші обмежуються епізодичними порадами.

На необхідність вдосконалення профілактичної складової роботи сімейних лікарів свідчать результати вивчення їх думки стосовно основних перешкод до дотримання здорового способу життя населенням: перше рангове місце серед їх відповідей на це питання посідає недостатність інформації про профілактичні заходи ($69,6 \pm 4,1\%$), що свідчить про брак належної освітньої роботи серед населення.

Також вагомою перешкодою сімейні лікарі назвали можливі фінансові проблеми у пацієнтів (що може обмежувати можливості для регулярних обстежень та профілактичних заходів, здійснення оздоровчих заходів тощо. За даними лікарів $64 \pm 4,3\%$ їхніх пацієнтів стикаються з нестачею коштів для повноцінного оздоровлення (якісне харчування, спортзал, профілактичні огляди тощо).

Дослідженням виявлено потребу у корегуванні способу життя пацієнтів та формуванні у них моделі здоров'язберігальної поведінки. Про це, зокрема,

свідчать дані щодо поширеності серед респондентів надмірної маси тіла ($34,0 \pm 3,3\%$), тютюнопаління ($30,0 \pm 3,2\%$), споживання алкоголю ($30,5 \pm 3,2\%$).

Це підкреслює необхідність посилення просвітницької функції первинної ланки: проведення роз'яснювальних бесід, розповсюдження пам'яток, організація шкіл здоров'я для пацієнтів з певними хронічними недугами тощо.

Безумовно, профілактична діяльність первинної медичної ланки охорони здоров'я в мегаполісі має здійснюватися на міжсекторальних засадах, що сприятиме підвищенню її ефективності.

Як показало дослідження, значна частка опитаних лікарів ($40,2 \pm 4,4\%$) активно співпрацює зі спеціалістами громадського здоров'я з питань профілактики захворювань та формування ЗСЖ прикріпленого населення. Проте більшість ($59,8 \pm 4,4\%$) поки що не має налагоджених зв'язків із службами громадського здоров'я. Водночас серед лікарів є чітке розуміння переваг такої співпраці: інтеграція зусиль дозволяє охопити профілактикою більше населення, проводити скринінги та інформаційні кампанії, залучати різних фахівців до роботи з пацієнтами. Саме тому більше половини лікарів первинної ланки ($52,4 \pm 4,5\%$) прямо вказали на необхідність розширення співпраці з іншими фахівцями та секторами для покращення профілактики НІЗ.

Висновки до розділу 4

За результатами комплексних соціологічних досліджень громадської думки та професійної думки сімейних лікарів м. Києва встановлено високу оцінку респондентами значущості профілактики хронічних захворювань та чинників ризику їх розвитку для покращення здоров'я населення в умовах мегаполісу та визначити перспективні напрями підвищення її ефективності.

Зокрема, до основних напрямів покращення профілактичної роботи та зміцнення здоров'я населення доцільно включити: розширення масштабів активної інформаційно-просвітницької роботи серед населення про фактори ризику та методи профілактики ХЗ; запровадження механізмів формування у населення дбайливого ставлення до власного здоров'я, прихильності до

здоров'язберігальної поведінки та дотримання засад ЗСЖ; розширення форм і методів проведення профілактичного консультування населення щодо попередження розладів здоров'я та ХЗ, наприклад шляхом розробки та запровадження програм сімейного консультування; розширення міжсекторальної співпраці з фахівцями з громадського здоров'я, ЗМІ та представниками інших секторів до посилення профілактичної діяльності та покращення здоров'я мегаполісу.

Детальному висвітленню цих напрямів та програми профілактики ХЗ серед населення мегаполісу присвячено заключний розділ роботи.

РОЗДІЛ 5. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МЕГАПОЛІСУ (НА ПРИКЛАДІ М. КИЄВА)

5.1. Перспективи вдосконалення профілактики хронічних захворювань серед населення мегаполісу в Україні в контексті сучасних стратегічних пріоритетів ВООЗ

Проблема протидії та контролю епідемії ХЗ, у т. ч. в умовах мегаполісів, є спільною для всіх країн світу, включаючи економічно розвинуті країни, з огляду на глобальний характер їх поширення, значні економічні збитки та вагомі медико-соціальні наслідки. Саме тому, ця проблема перебуває в полі постійної уваги ООН, ВООЗ та інших впливових міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я та медичної спільноти.

Загалом, міське здоров'я є одним із провідних пріоритетів в діяльності ВООЗ, яка фокусує увагу на необхідності запровадження стратегічних, багатосекторальних та скоординованих підходів до вирішення проблем здоров'я міського населення шляхом створення здорового міського середовища.

Ще у 1986 році ВООЗ започаткувала Ініціативу “Здорові міста” з метою покращення здоров'я, добробуту та якості життя населення міст шляхом пріоритизації здоров'я в міських програмах і створення глобальної мережі «Здорових міст». Цей підхід, що ґрунтується на принципах інтеграції здоров'я у всі галузі міського розвитку, включаючи міське планування, транспорт, житлове будівництво, розвиток соціальної інфраструктури та охорону довкілля; активної участі містян у розробці та впровадженні програм та політик здорового містобудування; підтримки соціальної справедливості, з увагою до потреб та інтересів всіх груп населення, оптимізує використання ресурсів та забезпечує максимально сприятливий вплив на здоров'я населення міста.

Метою Європейської мережі «Здорові міста» (WHO European Healthy Cities Network), що включає на теперішній час понад 1300 міст 30 країн Європи, є

максимальне сприяння покращенню здоров'я, добробуту та якості життя жителів міст шляхом створення здорового міського середовища та підтримки сталого розвитку. Масштаб проблем міського здоров'я потребує запровадження стратегічних, багатосекторальних та скоординованих підходів.

Перспективним напрямом є реалізація концепції Smart-city, яка передбачає екологічну стійкість і безпеку енергопостачання, що сприяє зменшенню забруднення довкілля. Smart-технології пропонують широкий спектр рішень для переформатування інфраструктури міст з новими підходами до енергозабезпечення, розвитку мобільності та економіки міста для зменшення забруднення довкілля шляхом забезпечення належного рівня енергоефективності та декарбонізації енергопостачання.

Отримують поширення програми, спрямовані на розвиток циркулярної економіки та зеленої енергетики. Зокрема, реалізація програми «Кліматично нейтральний Амстердам до 2050р.» забезпечить зменшення залежності від вугілля, нафти та газу і оздоровлення навколишнього середовища.

Слід зазначити, що питання здоров'я населення, безпеки довкілля та громадського здоров'я є важливими складовими більшості комплексних і цільових програм м. Києва.

Ефективна протидія та дієвий контроль НІЗ потребують забезпечення міжсекторального підходу та консолідації зусиль усієї медичної спільноти, за участю як різнопрофільних фахівців систем охорони здоров'я, так і спеціалістів громадського здоров'я, залучення представників інших секторів, а також підтримки державних органів, органів місцевого самоврядування та суспільства в цілому для зниження захворюваності на НІЗ та покращення якості життя населення.

Проведені дослідження показали, що попри запровадження в Україні Національного плану дій з профілактики НІЗ та прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я», населення країни, у т. ч міське, ще не охоплено належним чином ефективними профілактичними програмами, мають місце недостатньо дієва профілактична діяльність лікарів, обмежена мотивація

пацієнтів до збереження здоров'я шляхом профілактики захворювань, вплив численних соціальних та екологічних бар'єрів. Крім того, результати наукових досліджень свідчать про недооцінку більшістю населення необхідності відповідального ставлення до власного здоров'я, значущості дотримання засад ЗСЖ та низький рівень прихильності до здоров'язберігальної поведінки.

Досвід успішної реалізації концепції «здорових міст» в Європейському регіоні окреслив шляхи вирішення проблем покращення стану здоров'я в м. Києві. Тому подальшими перспективами визначено приєднання міста Києва до Європейської мережі «Здорові міста». Ефективна протидія та дієвий контроль НІЗ потребують забезпечення міжсекторального підходу та консолідації зусиль усієї медичної спільноти, за участю як різнопрофільних фахівців систем охорони здоров'я, так і спеціалістів громадського здоров'я, залучення представників інших секторів, а також підтримки державних органів, органів місцевого самоврядування та суспільства в цілому для зниження захворюваності на НІЗ та покращення якості життя населення.

Оцінкою стану реалізації лікарями первинної ланки профілактичних заходів, щодо НІЗ виявлено:

1. розуміння важливості профілактики і наявності базових знань як у лікарів, так і у частини населення (сильна сторона);
2. недостатність реалізації профілактичних заходів на практиці, підтверджену нерегулярністю профілактичних консультувань, та низькою частотою превентивних візитів, недотримання рекомендацій (слабка сторона);
3. наявність численних бар'єрів, провідними з яких є низький рівень поінформованості, брак мотивації та підтримки, фінансові та психологічні проблеми;
4. негативний впливом екологічного і соціального середовища, що створює додатковий вплив здоров'я і ускладнює ведення здорового способу життя.

Ці висновки слід враховувати при визначенні напрямів вдосконалення

профілактичної роботи. Профілактика хронічних захворювань має стати спільним завданням лікаря, пацієнта та фахівця з громадського здоров'я та враховувати умови мегаполісу

5.2. Наукове обґрунтування комплексної програми вдосконалення профілактики хронічних захворювань в умовах мегаполісу

Ключовим принципом Програми вдосконалення профілактики хронічних захворювань у мегаполісі є командна взаємодія лікарів, населення та фахівців з громадського здоров'я у поєднанні з використанням сучасних технологій і врахуванням факторів міського середовища.

Програма базується на ідеї розумного міста (Smart City), де новітні технології та дані допомагають покращувати життя мешканців. Крім того, програма враховує принципи сталого розумного міста (Smart Sustainable City), що передбачає збалансований розвиток, який враховує економічні, екологічні та здоровимсоціальні потреби як теперішнього, так і майбутнього покоління. Таким чином, програма поєднує заходи для збереження та зміцнення здоров'я населення з використанням цифрових технологій, та здоровим міським плануванням і містобудуванням, щоб створити комфортне і безпечне середовище для життя.

Мета програми – забезпечити реальне зниження впливу факторів ризику та покращення контролю над хронічними захворюваннями серед населення Києва шляхом системного зміцнення профілактичної роботи та створення здорових умов життя.

Для досягнення мети стратегічними завданнями для медичного персоналу є:

1. Посилення профілактичної діяльності на рівні первинної медичної допомоги шляхом впровадження у практику регулярних скринінгів, стандартних алгоритмів та методик профілактичного консультування, підвищення кваліфікації медиків з профілактики.

2. Покращення комунікації на рівні лікар-пацієнт та підвищення

мотивації населення. Це включає впровадження нових підходів до інформування і мотивування пацієнтів, індивідуальний та груповий підхід, використання поведінкових інструментів.

3. Залучення фахівців з громадського здоров'я у профілактичні заходи. Створення міжсекторальної співпраці для роботи з населенням та лікарями, з чітким розподілом ролей та форм роботи.

4. Використання технологій Smart City для підтримки здоров'я. Розробка і впровадження цифрових рішень (мобільних додатків, телемедицини, електронних систем), моніторинг довкілля та даних здоров'я, урбаністичні інтервенції (зелені зони, інфраструктура для активності) з метою формування здорового міського простору.

Кожне із цих завдань базується на результатах проведених досліджень та світовому досвіді.

Нижче наведено обґрунтовані пропозиції за напрямками.

Первинна ланка – це перший контакт населення з системою охорони здоров'я, тому саме тут повинна починатися профілактика. Отримані дані вказали на недостатню реалізацію профілактичного потенціалу сімейної медицини: менше 30% лікарів приділяють профілактиці належну увагу постійно.

Для зміни ситуації пропонується запровадити такі заходи:

1. Необхідно, щоб профілактичні огляди стали обов'язковою та плановою практикою. Рекомендується розробити міську програму безкоштовних щорічних “чекапів” для різних вікових груп населення. Зокрема, це можуть бути: вимірювання артеріального тиску, рівня глюкози і холестерину, оцінка індексу маси тіла, скринінг на фактори ризику (паління, рівень фізичної активності, стрес тощо). Сімейні лікарі мають активно запрошувати прикріплених пацієнтів на такі огляди (через телефонні або електронні нагадування). Таким чином, навіть пасивні пацієнти будуть охоплені профілактикою. Реалізація цього заходу можлива шляхом включення показника охоплення профілактичними оглядами до критеріїв ефективності роботи закладів і лікарів. Позитивним прикладом

може бути досвід страхових компаній або систем охорони здоров'я інших країн, де профілактичні візити стимулюються фінансово. Очікується, що збільшення частки планових оглядів (нині лише 6,4% мешканців роблять це регулярно) дозволить своєчасніше виявляти початкові стадії хвороб і фактори ризику.

2. Для усунення розбіжностей у підходах лікарів слід запровадити стандартизовані протоколи профілактики. Кожен прийом у сімейного лікаря, незалежно від причини звернення, має включати коротке обговорення способу життя пацієнта. Потрібно розробити check-list профілактичного консультування для лікарів, який міститиме перелік питань (про харчування, рухову активність, паління, тощо) та рекомендацій відповідно до відповіді. Наприклад, якщо пацієнт палить – надати пораду щодо відмови і інформацію про служби допомоги у відмові від тютюну; при надмірній вазі – базові рекомендації по дієті і направлення до школи здоров'я тощо. Такий системний підхід забезпечить, що 100% пацієнтів отримають профілактичні поради під час взаємодії з первинною ланкою, а не лише ті, кому пощастило мати проактивного лікаря. За даними опитування лікарів, зараз значна частина з них надає такі поради лише іноді або рідко, стандартизація підвищить регулярність. Це також підвищить обізнаність населення, адже лікар – найбільш авторитетне джерело інформації про здоров'я для пацієнта.

3. Важливо навчити сімейних лікарів ефективним методикам профілактики та комунікації. До програми безперервного професійного розвитку слід включити тренінги з мотиваційного інтерв'ю, поведінкової медицини, сучасних рекомендацій щодо профілактики основних НІЗ. 63,2% опитаних лікарів вказали на потребу підвищення кваліфікації для покращення профілактики – отже, є запит на такі знання. Окрім навчання, варто передбачити стимулювання лікарів: наприклад, відзначати і матеріально заохочувати заклади, де найкращі показники профілактичної роботи. Фінансування профілактичних програм слід розглядати як інвестицію: 67,2% лікарів прямо вказали на необхідність збільшення фінансування профілактики. Забезпечення ресурсами (інформаційними

матеріалами, скринінговим обладнанням, додатковим часом на консультацію) мотивуватиме медиків приділяти цьому напрямку більше зусиль і часу.

4. Окрім індивідуальних чекапів, слід організувати масові скринінги та акції здоров'я у громадах (на підприємствах, в навчальних закладах, у місцях масового скупчення людей). Це можна здійснювати спільно службами первинної меддопомоги та громадського здоров'я. Наприклад, регулярні виїзні скринінги артеріального тиску, рівня цукру в громадських місцях (парках, торгових центрах) підвищать виявлення осіб з гіпертензією та діабетом, які не ходять до лікаря. Лікарі підтримують такі підходи – 28,8% вважають за потрібне впроваджувати скринінгові програми на первинному рівні. Виявлені під час скринінгів пацієнти з факторами ризику повинні направлятися до сімейних лікарів для подальшого спостереження. Таким чином, первинна ланка проактивно охоплюватиме навіть тих, хто не звертається сам.

Запропоновані заходи покликані зробити первинну допомогу основою профілактики. Коли кожен контакт з медичною системою використовується для пропаганди здоров'я, а профілактичні огляди стають нормою, можна очікувати зниження запускання хвороб і кращого контролю чинників ризику. Реалістичність цих пропозицій підтверджується тим, що вони спираються на уже існуюче розуміння медиків (більшість готові рекомендувати профілактику та можуть бути впроваджені в існуючу систему при незначних організаційних змінах і належному ресурсному забезпеченні.

Як з'ясувалося, наявність знань про профілактику не гарантує їх реалізації. Тому особливу увагу слід приділити методам, що спонукають пацієнта до активної ролі у збереженні здоров'я. Це передбачає двосторонню комунікацію: не лише інформування, а й вислуховування потреб пацієнта, спільний пошук рішень, підтримку у змінах.

Заходи для цього напрямку такі:

- Сімейним лікарям необхідно опанувати навички мотивування пацієнтів до здорової поведінки. Замість простого перелічення рекомендацій слід

застосовувати техніку мотиваційного інтерв'ю: з'ясувати, що саме стримує конкретного пацієнта (наприклад, брак часу, невпевненість, недовіра), і разом знайти рішення. Такий підхід підвищує прихильність до змін, про що свідчить світовий досвід впровадження мотиваційних інтервенцій у первинній ланці. Наприклад, для пацієнта з гіподинамією лікар спільно з ним визначає посильний план фізичної активності (піші прогулянки по 20 хвилин щодня), враховуючи його робочий графік і вподобання, замість абстрактної поради “більше займатись спортом”. Довірлива розмова і встановлення маленьких реалістичних цілей допоможуть людині почати діяти. Цей підхід особливо актуальний, враховуючи, що брак мотивації як бар'єр відзначили 43,2% лікарів – отже, подолати його можна за рахунок покращення мотиваційної роботи.

- Індивідуальні консультації варто доповнити груповими формами роботи, де люди можуть отримати поглиблені знання та мотивацію. Наприклад, “Школи для пацієнтів” з певними хронічними захворюваннями (школа для хворих на діабет, гіпертонію, астму тощо) або для осіб з факторами ризику (школа здорового харчування, боротьби зі стресом). У таких школах медики і фахівці з громадського здоров'я проводять серію занять, які пояснюють природу хвороби, методи самоконтролю, правильний спосіб життя, психологічні аспекти. Пацієнти отримують змогу поставити запитання, поспілкуватися з однолітками, поділитися труднощами. Це підвищує мотивацію через ефект групової підтримки. Важливо, що і лікарі, і самі пацієнти вбачають користь у таких заходах: популяризацію ЗСЖ та підтримку сім'ї/друзів, хоч і не масово, але згадували серед мотивуючих факторів. Отже, створення спільнот однодумців може компенсувати нестачу підтримки вдома (проблему, яку зазначили 48% лікарів. Такі школи здоров'я вже довели ефективність у програмах контролю діабету в багатьох країнах, і цілком реальні для впровадження на базі центрів первинної допомоги або поліклінік.

- Кожному пацієнту з факторами ризику чи початковими проявами ХЗ варто скласти індивідуальний план профілактики (у вигляді пам'ятки або в електронному кабінеті пацієнта). Такий план може включати цілі (наприклад,

скинути 5 кг маси за 3 місяці, кинути палити до певної дати), конкретні кроки та графік спостереження (відвідування лікаря, повторні аналізи). Важливо забезпечити нагляд за виконанням плану: тут допоможуть сучасні технології – SMS-нагадування, повідомлення в мобільному додатку про необхідність, скажімо, пройти обстеження чи зробити ранкову зарядку. Дослідження свідчать, що текстові повідомлення і мобільні додатки підвищують прихильність пацієнтів до здорового режиму та ліків. У Києві вже впроваджені елементи електронної медицини (електронний запис, медична інформаційна система), їх можна розширити модулем профілактики. Персоналізація і регулярні нагадування закріплюють відповідальність пацієнта за виконання домовленостей.

- 4. Оскільки сім'я є потужним мотиватором (58,6% мешканців вказали на неї як стимул берегти здоров'я) програму слід зорієнтувати і на найближче оточення пацієнта. Рекомендується практикувати формат консультацій, куди пацієнт може прийти з членом родини – наприклад, спільна бесіда лікаря з пацієнтом і його дружиною/чоловіком щодо зміни харчування усієї сім'ї. Це підвищить шанси, що рекомендації будуть підтримані вдома. Також доцільно проводити масові інформаційні кампанії у місті, щоб створити сприятливий соціальний фон. Як показав аналіз, наразі популяризація здоров'я слабо впливає, тому потрібні нові підходи: використання соціальних мереж, залучення лідерів думок, проведення міських фестивалів здоров'я, флешмобів (наприклад, масовий забіг або день без автомобіля). Мета – зробити здоровий спосіб життя модним трендом у міському середовищі, аби виник своєрідний соціальний тиск на нездорову поведінку і водночас підтримка для тих, хто прагне змінитися.

Таким чином, блок комунікації і мотивації націлений на те, щоб перетворити пасивного пацієнта на активного учасника профілактики. Лікар виступає не лише джерелом знань, а й партнером і наставником, що веде пацієнта до мети маленькими кроками. А сам пацієнт отримує інструменти (знання, план дій, підтримку) і відчуває відповідальність за результат. Реалізація цих заходів є реалістичною завдяки поєднанню традиційних методів (навчання, групи) і новітніх технологій (додатки, смс). Вже зараз більшість киян мають телефони та

доступ до інтернету, що створює базу для цифрової комунікації. Отже, місто має всі передумови для успішного впровадження таких інновацій у практику профілактики.

Аналіз показав, що первинна медична допомога самотужки не може подолати всі фактори, що впливають на здоров'я містян. Потрібен мультидисциплінарний та міжсекторний підхід – тобто тісніша співпраця між медичними закладами та службами громадського здоров'я міста. Фахівці з громадського здоров'я відповідають за профілактику на рівні всього населення, координують роботу різних служб та враховують вплив навколишнього середовища.

За даними опитування, тільки 40,2% сімейних лікарів Києва наразі співпрацюють зі спеціалістами громадського здоров'я з питань профілактики, тоді як більшість (59,8%) не мають налагоджених зв'язків. Водночас понад половини лікарів (52,4%) визнають необхідність розширення такої співпраці, розуміючи її переваги – охоплення більшого населення профілактикою, проведення скринінгів, інформаційних кампаній та залучення різних фахівців.

Спираючись на це, пропонується:

1. Залучення ФГЗ до роботи в поліклініках і амбулаторіях. Важливо налагодити пряму взаємодію на місцях. Один із варіантів – закріпити за центрами первинної допомоги представників центру громадського здоров'я або створити в їх складі відділи профілактики, укомплектовані ФГЗ. Ці фахівці могли б брати на себе частину профілактичної роботи: проведення для пацієнтів тих самих “шкіл здоров'я”, організацію дня здоров'я, контроль за виконанням профілактичних програм, допомога лікарям у веденні статистики факторів ризику тощо. Лікарі позитивно оцінюють цю ідею – 62 (49,6%) із 125 опитаних вказали на важливість чіткого визначення ролі фахівця з громадського здоров'я у профілактиці і 33,6% – на необхідність підвищення залученості таких фахівців до розробки та впровадження профілактичних заходів. Отже, практично

половина лікарів готові до залучення.

2. Спільні інформаційно-просвітницькі кампанії. Служба громадського здоров'я має ширший погляд на населення і можливість комунікації через ЗМІ, тоді як сімейні лікарі користуються довірою на індивідуальному рівні. Поєднання цих ресурсів дасть синергетичний ефект. Пропонується запровадити єдину комунікаційну стратегію. Наприклад, річний календар профілактичних акцій: місяць боротьби з гіпертонією, місяць здорового харчування тощо. В рамках кожної теми центр громадського здоров'я проводить масові заходи (конференції, рекламу, соціальні ролики), а сімейні лікарі паралельно розмовляють зі своїми пацієнтами саме на цю тему, роздають інформаційні матеріали. Таким чином, пацієнт отримає меседж і ззовні (з рекламного щита чи сюжету по TV), і від свого лікаря – що підсилить вплив. Наразі лише 16,8% лікарів вважають інформаційно-просвітницьку роботу серед населення достатньою і хотіли б її посилення. Отже, більшість бачать резерв у цьому напрямку. Співпраця медиків і ФГЗ у розробці контенту для населення (пам'яток, відео, лекцій) забезпечить його медичну достовірність і водночас зрозумілість та привабливість для широкої аудиторії.

3. Моніторинг і аналіз даних про здоров'я населення. Фахівці з громадського здоров'я можуть взяти на себе роль аналітичного центру, який буде відстежувати стан здоров'я населення. Вони збиратимуть дані про вакцинацію, артеріальний тиск, випадки серцевих нападів тощо. На основі цієї інформації можна створити карту ризиків міста – наприклад, визначити райони з більшою кількістю курців або низькою фізичною активністю. Це допоможе проводити профілактичні заходи більш цілеспрямовано. Також важливо включити показники профілактики (наприклад, скільки людей кинули палити або знизили вагу) до оцінки ефективності роботи системи охорони здоров'я і міської політики. За моніторинг і аналіз даних відповідатимуть служби громадського здоров'я разом з науковцями. Це дозволить приймати рішення на основі об'єктивних даних.

Виграють усі: лікарі отримають підтримку та ресурси для

профілактичної роботи, фахівці з громадського здоров'я – доступ до даних і можливість комунікації з населенням, а мешканці – якісні та добре організовані профілактичні заходи. Завдяки співпраці різних фахівців можна буде подолати розрив між індивідуальним лікуванням і впливом на середовище, що шкодить здоров'ю. Це допоможе зробити профілактику частиною загальноміської політики – коли здоров'я стає важливою частиною всіх рішень міста.

Для успіху профілактичної програми необхідно використати можливості, які надає сучасний технологічний розвиток міста. Концепція Smart City передбачає впровадження інтелектуальних систем управління та цифрових сервісів у всі сфери життя, в тому числі і у сферу громадського здоров'я. Міста по всьому світу дедалі активніше застосовують такі рішення, і Київ має відповідний потенціал. Поєднання технологій з заходами зі сталого розвитку (Smart Sustainable City) забезпечить не лише точкові зміни, а й довготривале поліпшення міського середовища для здоров'я.

Наприклад, у столичному мегаполісі доцільно розробити єдиний мобільний додаток з профілактики здоров'я для мешканців. Цей додаток може стати персональним помічником у здоровому способі життя. Основні функції:

- нагадування про профілактичні огляди, щеплення, прийом ліків;
- трекер фізичної активності (крокомір, інтеграція з фітнес-браслетами);
- щоденник здорового харчування (з можливістю відстежувати споживання овочів, солі тощо);
- тести для самооцінки здоров'я і ризиків, які генерують персональні рекомендації;
- прямий канал зв'язку з сімейним лікарем або консультантом (чат, телемедицинна консультація);
- локальні сповіщення про стан довкілля (рівень забруднення повітря, ультрафіолетового індексу) та рекомендації відповідно (наприклад, “сьогодні високий рівень забруднення: утримайтесь від перебування на вулиці”).

Такий додаток може об'єднати вже існуючі сервіси (наприклад, “Helsi ” для запису до лікаря) з новими профілактичними модулями. Він спростить для

людини дотримання рекомендацій – усе необхідне під рукою, у смартфоні. Важливо, що смартфони поширені навіть серед літніх людей, і цифрова грамотність зростає, тож більшість цільової аудиторії буде охоплено. Світова практика показує, що цифрові інструменти здатні покращити показники здоров'я. Смарт-трекери і датчики допомагають виявити перші ознаки хронічних хвороб і швидко зреагувати. Наприклад, якщо додаток побачить, що пульс підвищений навіть при легкому навантаженні або вага різко зростає, він одразу порадить звернутися до лікаря.

Пропонується створити міський центр телемедичної підтримки хворих на ХЗ. Сімейні лікарі зможуть направляти туди пацієнтів, які потребують частого спостереження. Наприклад, пацієнт з артеріальною гіпертензією отримує вдома автоматичний тонометр з можливістю передавання даних медичному серверу. Фахівці центру відстежують показники: якщо тиск виходить за межі цільових значень, вони контактують з пацієнтом дистанційно, коригують режим або викликають на прийом. Це особливо корисно для літніх або маломобільних пацієнтів, яким важко часто їздити до поліклініки. Дослідження підтверджують, що телемедицина покращує контроль хронічних хвороб і зменшує кількість госпіталізацій. Зокрема, віддалений моніторинг артеріального тиску асоціюється з кращою його стабілізацією, а телеконсультації допомагають підтримувати належний рівень глюкози у хворих на діабет.. Телемедицина також охопить тих, хто через відстань або брак часу уникає планових візитів (нагадаємо, 25,7% киян вказали, що їм нелегко дістатися до медзакладу). Відеоконсультація або телефонна розмова дозволить отримати пораду без фізичної присутності, що зручно для працюючих людей. Таким чином, технології зроблять профілактику доступнішою і неперервною.

Інтелектуальний моніторинг довкілля та інфраструктурні рішення. Інтелектуальний моніторинг довкілля – це система, яка стежить за станом повітря і рівнем шуму в місті. Щоб покращити екологічні умови, потрібно встановити більше автоматичних станцій, які в режимі реального часу передаватимуть дані на відкриті платформи. Це дозволить швидко реагувати на

погіршення якості повітря чи підвищення шуму. Наприклад, якщо виявиться, що повітря сильно забруднене, місто може тимчасово обмежити рух вантажівок або посилити полив вулиць. Інформація про небезпеку надходитиме до мешканців через додатки чи ЗМІ з порадами, як захиститися (наприклад, уникати прогулянок або носити маски). Такий моніторинг є важливою частиною розумного міста Smart City, яка допомагає захищати здоров'я мешканців у розвинених країнах.

Розширення зелених зон і місць для занять спортом – важлива частина профілактичної програми. Опитування показало, що в багатьох районах бракує парків, тому місту потрібно створювати нові сквери, алеї та велодоріжки. Парки не тільки зменшують стрес і сприяють активному способу життя, а й покращують загальний стан здоров'я.

У парках варто облаштовувати безкоштовні тренажери, бігові та велодоріжки, щоб кожен міг займатися спортом просто неба без додаткових витрат. Це особливо важливо, адже понад половина киян (55,7%) намагаються вести здоровий спосіб життя, і наявність спортивної інфраструктури стане для них додатковою.

У Києві можна запровадити систему електронного реєстру факторів ризику: при кожному зверненні до лікаря відмічати в електронній картці параметри пацієнта (вага, тиск, відповіді на питання про спосіб життя). Це дасть змогу відстежувати динаміку на популяційному рівні, чи стає людей з нормальним тиском більше, а курців – менше, і швидко коригувати програми.

Запропоновані технологічні та урбаністичні заходи вимагають інвестицій, але вони є довгостроково вигідними. Моніторинг довкілля і його поліпшення знизять тягар респіраторних та серцево-судинних захворювань. Цифровізація підвищить ефективність існуючих ресурсів – наприклад, дозволить одному лікарю слідкувати за тисячами пацієнтів дистанційно, автоматично сигналізуючи про проблеми. Важливо, що такі рішення відповідають стратегії розвитку міста Києва як сучасного європейського міста.

Запропонована програма є багатокomпонентною, але всі її елементи

взаємопов'язані і підкріплені як даними нашого дослідження, так і міжнародними рекомендаціями. Вона враховує виявлені сильні сторони (спирається на ентузіазм лікарів та базову обізнаність населення) і спрямована на усунення слабких (налагодження системності і комунікації). За рахунок командного підходу (лікар + пацієнт + громадське здоров'я) відбудеться розподіл відповідальності: пацієнт більше залучений, лікар не вигорає один наодинці, а має підтримку фахівців і технологій. Застосування Smart City інструментів дозволить масштабувати профілактичні заходи на все населення і оперативно оцінювати їх ефективність.

Реалізація програми профілактики в рамках концепції Smart City принесе низку позитивних змін у здоров'я мешканців мегаполісу. Основна ідея програми — використовувати сучасні технології для збереження здоров'я та створення комфортного міського середовища.

Важливою особливістю програми є командний підхід, де лікар, пацієнт та фахівець з громадського здоров'я діють як єдина команда. Такий підхід дозволяє пацієнту відчувати підтримку на кожному етапі профілактики та лікування, а лікарям — забезпечити комплексний супровід і контроль стану здоров'я. Коли пацієнт і лікар діють разом, це значно підвищує мотивацію до змін і забезпечує більш стабільні результати.

Основні очікувані результати:

1. За кілька років очікується значне зростання кількості профілактичних візитів — з 6% до 30-40% населення. Завдяки інтеграції цифрових рішень (зокрема, мобільних додатків і нагадувань) люди стануть більш відповідально ставитися до регулярних обстежень та скринінгів. Лікарі та пацієнти працюватимуть разом над підтриманням здоров'я, використовуючи цифрові інструменти для моніторингу та комунікації.

2. За допомогою інтелектуальних пристроїв (смарт-трекерів, телемедицини) вдасться зменшити середній рівень артеріального тиску, вагу населення та частоту паління. Дані з мобільних додатків дозволять постійно контролювати ці показники та оперативно втручатися в разі ризиків. Лікар і

пацієнт спільно плануватимуть дії для поліпшення показників здоров'я.

3. Програма Smart City передбачає активну комунікацію з населенням через додатки та онлайн-платформи, де люди отримуватимуть поради, нагадування та підтримку. Це дозволить зменшити інформаційний розрив і підвищити мотивацію до здорового життя. Родини та громади будуть більш залучені до профілактичних заходів, що знизить відчуття соціальної ізоляції та покращить підтримку.

4. Розширення зелених зон, автоматизовані системи моніторингу якості повітря та шуму дадуть змогу своєчасно реагувати на екологічні загрози. Зменшення забруднення та збільшення площі зелених насаджень позитивно вплинуть на здоров'я мешканців. Завдяки такій інфраструктурі лікарі зможуть рекомендувати пацієнтам більше часу проводити на свіжому повітрі.

5. Smart-технології дозволять більше людей мотивувати на активну участь у профілактичних програмах. Завантаження мобільних додатків з функціями здорового способу життя та висока відвідуваність шкіл здоров'я допоможуть підтримувати профілактику на високому рівні. Пацієнт буде активним учасником власного здоров'я, а лікарі - партнерами у цьому процесі.

6. З часом очікується зменшення нових випадків діабету, гіпертонії та інших хронічних хвороб. Це стане можливим завдяки ранньому виявленню факторів ризику і своєчасному втручанню. Як результат — менше госпіталізацій з інфарктами та інсультами, підвищення середньої тривалості життя та покращення якості життя людей.

Командний підхід у профілактиці - ключ до успіху. Спільна робота лікаря, пацієнта та фахівця з громадського здоров'я створює міцну основу для профілактичної діяльності. Пацієнт більше не відчуває себе наодинці зі своїми проблемами, а лікар - не залишається без підтримки. Такий підхід дозволяє досягти стійких результатів і сформувати нову культуру відповідальності за здоров'я. Така модель дозволить зменшити тягар хронічних хвороб і зробити мегаполіс комфортним для життя кожного.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Власик Л. Й., Сухолотюк А. Л., Христич Т. М. Підвищення дієвості профілактичних втручань з контролю маси тіла у рамках профілактики неінфекційних захворювань. *Єдине здоров'я та проблеми харчування України*. 2019. №1. С. 19–27. doi: 10.33273/2663-9726-2019-50-1-19-27.
2. Грузєва Т. С., Галієнко Л. І. Протидія та контроль за неінфекційними захворюваннями: нові перспективи в умовах формування системи громадського здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. №3. С. 315–316. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_63.
3. Данильченко Л. І. Наукове обґрунтування пріоритетних напрямів розвитку медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах міста. *Світ медицини та біології*. 2017. №2. С. 34–39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/S_med_2017_2_9.
4. Думанська В. Демографічні тренди в мегаполісах: приклад столиць країн Європи. *Демографія та соціальна економіка*. 2020. № 1(39). С. 20 -32. URL: <https://doi.org/10.15407/dse2020.01.020>
5. Златокрилець М., Праховнік Н. Вплив смогу на організм людини. *Проблеми охорони праці, промислової та цивільної безпеки*. 2019. С. 130–132. Проблеми охорони праці, промислової та цивільної безпеки: Збірник матеріалів Двадцять п'ятої Всеукраїнської науково-методичної конференції (з участю студентів), м. Київ, 17-19 листопада 2021 р. – К.: КПП ім.Ігоря Сікорського, 2021. – 203 с.
6. Корнійчук О. Напрями і шляхи інноваційного розвитку системи охорони здоров'я метрополії. *Економіка. Управління. Інновації. Серія: Економічні науки*. 2022. №2. URL: <http://jnas.nbuv.gov.ua/article/UJRN-0001374229>.
7. Корнійчук О. П. Стан та перспективи інноваційного розвитку системи охорони здоров'я метрополійного простору м. Києва. *Економіка природокористування і сталий розвиток*. 2022. №12. С. 80–85. doi: 10.37100/2616-7689.2022.12(31).9.
8. Корнійчук О. Системний підхід до оцінки стану та розвитку системи охорони здоров'я метрополії м. Львова. *Mechanism of an Economic Regulation*. 2022. №3–4. С. 97–98. doi: [10.32782/mer.2022.97-98.03](https://doi.org/10.32782/mer.2022.97-98.03).

9. Кравченко В. В. Сучасні тенденції поширеності хронічних неінфекційних захворювань серед дорослого населення міста Києва. *Український медичний часопис*. 2018. №123.1. С. 86–91. URL: <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/03/4628.pdf>
10. Левчук Н. М., Шевчук П. Е. Смертність за причинами смерті в метрополіях України. *Демографія та соціальна економіка*. 2021. №4 (46). С. 38–59. doi: <https://doi.org/10.15407/dse2021.04.038>
11. Науково-методичні підходи до модернізації способу життя людей, що мають фактори ризику артеріальної гіпертензії. Методичні рекомендації . Укладачі: Голованова І. А., Лисак В. П., Закрутько Л. І., Хорош М. В. Київ. 2016. 42 с. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/3991>.
12. Огнєв В. А., Піонтковська О. В., Черняк М. Є., Шевченко О. С. Екологічні фактори ризику серцево-судинних захворювань. *Інформаційні технології: наука, техніка, технологія, освіта, здоров'я*. 2023. С. 336. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/070e00ee-cf0e-4600-96b4-d615e0a731d7/content>
13. Постельжук Я. В. Профілактика неінфекційних захворювань як провідний напрям глобальної політики охорони здоров'я. *Гілея: науковий вісник. Збірник наукових праць* / Гол. ред. В. М. Вашкевич. К. : «Видавництво «Гілея», 2018. Вип. 130 (3). С.400-404.
14. Прокопів М. М. Характеристика оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на рівні мегаполісу – м. Києва. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. №2(3). С. 18–22. doi: 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213703.
15. Прокопів М. М. Якість життя мешканців мегаполісу, що перенесли церебральний інсульт. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. №1. С. 43–46. doi: 10.24144/2077-6594.1.2020.196420.
16. Прокопів М. М., Рогоза С. В., Трепет Л. М., та ін. Фактори ризику, структура та наслідки гострого періоду інсульту у місті Києві за результатами

прагматичного спостереження. *Український медичний часопис*. 2017. №2. С. 124–127. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2017_2_33.

17. Політика управління неінфекційною захворюваністю в системі громадського здоров'я України на прикладі серцево-судинних хвороб /Хоменко І. М., Авраменко Л. М., Першегуба Я. В. та ін. Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України: Збірка тез доповідей наук.-практ. конф. (сімнадцяті Марзеєвські читання). (Київ, 21–22 жовт. 2021 р.). К.: ДУ

«Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзеєва НАМНУ». 2021. С. 41-43

18. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку: *Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 № 530-р.*. Київ. 2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-p#Text>

19. Прокопів М. М., Слабкий Г. О. Напрями і форми діяльності системи громадського здоров'я в боротьбі із цереброваскулярними хворобами у мегаполісі. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. №3. С. 5–9. doi: 10.11603/1681-2786.2020.3.11613.

20. Прокопів М. М., Слабкий Г. О. Фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жителів мегаполісу. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2019. №3–4 (33–34). С. 7–13. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/28795>.

21. Рафальська Я. Д. Сучасний стан епідеміології раку молочної залози в Україні та місті Києві. Актуальні питання сучасної медицини та фармації – 2023 : матеріали 83 Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вчених та студ. з міжн. участю (м. Запоріжжя, 25-25 трав. 2023 р.). Запоріжжя, ЗДМФУ, 2023. С. 93–94.

22. Рингач Н. О., Шевчук П. Е. Трансформація смертності за статтю в чотирьох найбільших містах України. *Демографія та соціальна економіка*. 2021. №4 (46). С. 60–79. doi: [10.15407/dse2021.04.060](https://doi.org/10.15407/dse2021.04.060).

23. Різник О. І. Інформованість пацієнтів і контроль артеріальної гіпертензії в умовах великого промислового міста. *Сучасні медичні технології*. 2015. №1 (24). С. 100–104. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/1019>.

24. Слабкий Г. О., Прокопів М. М. Епідеміологія цереброваскулярних хвороб серед жителів міста Києва. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. №4 (82). С. 10–15.

URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/28866>

25. Слабкий Г. О., Прокопів М. М. Концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні в умовах мегаполісу. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. №2. doi: 10.24144/2077-6594.2.2020.201634.

26. Слабкий Г. О., Прокопів М. М. Результати вивчення факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жінок міста Києва. *Здоров'я жінки*. 2020. №5–6 (151–152). С. 54–57.

27. Фадєєнко Г. Д., Колеснікова О. В. Основні стратегії профілактики неінфекційних захворювань в Україні. *Раціональна фармакотерапія*. 2017. №2 (43). С. 5–8.

28. Федорченко Р.А. Гігієнічна оцінка та профілактика впливу атмосферних забруднень на населення у мегаполісі металургійної галузі : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01. Запоріжжя, 2016. 189 с.

URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/5225>

29. Хорош М. В. Серцево-судинна захворюваність, як складова неінфекційних захворювань та фактори ризику кардіологічної патології у місті Полтава. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2015. Т.15. № 2 (50). С. 160 - 168.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2015_15_2_39

30. Чорна Н. О., Василенко Ю. В. Профілактика неінфекційних захворювань—запорука збереження здоров'я населення України. *Dynamics of the Development of World Science*. 2020. С. 928–132.

URL: <http://repository.vsau.org/getfile.php/24352.pdf>

31. Щербаня М. Г., М'ясоєдова В. В. *Охорона здоров'я населення індустріального мегаполісу*. Монографія. Харків. ХНМУ. 2019. С. 120. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/39bca92d-cabc-4157-bad3-a07f31b7699e/content>

32. Юрочко Т., Скіпальський А., Курило І., та ін. Аналітичний звіт за результатами оцінки "Покращення показників з неінфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я в Україні" / *Україно-швейцарський проєкт "Діємо для здоров'я"*. Київ : [б. в.]. 2023. С. 259. URI: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/31664>
33. Aguiar R.G., Simões D., Castro S.S., et al. Multimorbidity patterns and associated factors in a megacity: a cross-sectional study. *Rev Saude Publica*. 2024 Jul. № 26.58.26. doi: 10.11606/s1518-8787.2024058006058.
34. Al-Hadlaq S.M., Balto H.A., Hassan W.M., et al. Biomarkers of non-communicable chronic disease: an update on contemporary methods. *PeerJ*. 2022 Feb 24. 10:e12977. doi: 10.7717/peerj.12977.
35. Andrees V., Bei der Kellen R., Augustin M., et al. Spatial characteristics of non-communicable diseases and their associations to social conditions in a large urban cohort in Germany—Results from the Hamburg City Health Study. *Plos one*. April 9, 2024. № 19.4. doi: [10.1371/journal.pone.0301475](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301475)
36. Askari M.S., Andrade L.H., Filho A.C., et al. Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among São Paulo Megacity Mental Health Survey Sample, Brazil. *J Affect Disord*. 2017 Oct 1. P. 220. P. 1-7. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.027.
37. Budreviciute A., Damiati S., Sabir D.K., et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Health*. 2020 Nov. № 26;8:574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111. eCollection 2020.
38. Cereijo L., Gullón P., Del Cura I., et al. Exercise facilities and the prevalence of obesity and type 2 diabetes in the city of Madrid. *Diabetologia*. 2022 Jan; № 65(1). P. 150-158. doi: 10.1007/s00125-021-05582-5.
39. De Marco A., Amoatey P., Khaniabadi Y.O., et al. Mortality and morbidity for cardiopulmonary diseases attributed to PM2. 5 exposure in the metropolis of Rome, Italy. *European journal of internal medicine*, 2018, № 57. P. 49-57. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.07.027>

40. Donna K., Arnett R., Blumenthal R., et al. Рекомендації—2019 Американського коледжу кардіології (ACC)/Американської асоціації серця (AHA) з первинної профілактики серцево-судинних захворювань. doi: 10.22141/2224-1485.2.64.2019.168753.
41. Dun Q., Xu W., Fu M., et al. Physical activity, obesity, and hypertension among adults in a rapidly urbanised city. *International journal of hypertension*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1155/2021/9982562>
42. Faka A., Chalkias C., Magriplis E., et al. The influence of socio-environmental determinants on hypertension. A spatial analysis in Athens metropolitan area, Greece. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 2020, 61.1: E76. URL: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.1.988>
43. Fazeli Dehkordi Z.S., Khatami S.M., Ranjbar E. The Associations Between Urban Form and Major Non-communicable Diseases: a Systematic Review. *J Urban Health*. 2022 Oct №99(5). P. 941-958. doi: 10.1007/s11524-022-00652-4.
44. Ferrari G. Prevalence and co-occurrence of lifestyle risk factors for non-communicable diseases according to sociodemographic characteristics among adults Chilean residents. *Sci Rep*. 2021 Nov 4. №11(1):21702. doi: 10.1038/s41598-021-01167-9.
45. Fukumoto Y. Nutrition and Cardiovascular Diseases. *Nutrients*. 2021 Dec 27. №14(1). P. 94. doi: 10.3390/nu14010094.
46. Green G., DeFosset A. R., Gase L. N., et al. Addressing Challenges to Coordinating the Implementation of Place-Based Chronic Disease Prevention Interventions in Los Angeles. *J Public Health Manag Pract*. 2021 Mar-Apr. № 01;27(2). P. 135-143. doi: 10.1097/PHH.0000000000001117.
47. Holtermann A., Schnohr P., Nordestgaard B.G., et al. The physical activity paradox in cardiovascular disease and all-cause mortality: the contemporary Copenhagen General Population Study with 104 046 adults, *European Heart Journal*, Vol. 42, № 15, 14 April 2021, P. 1499–1511, URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab087>
48. Howse E., Crane M., Hanigan I., et al. Air pollution and the noncommunicable disease prevention agenda: opportunities for public health and environmental science.

- Environmental Research Letters*. 2021. №16.6. doi: 10.1088/1748-9326/abfba0
49. Kaminsky L.A., German C., Imboden M., et al. The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2022 Jan-Feb. №70. P. 8-15. doi: 10.1016/j.pcad.2021.12.001.
50. Levchuk N., Shevchuk P. *Zhyttia u velykykh mistakh Ukrainy: The Impact of Mortality Changes by the Main Causes of Death on Life Expectancy in the Large Cities of Ukraine. Demography and social economy*. 2022. № 1 (47). P. 3-20. URL: <https://doi.org/10.15407/dse2022.01.003>
51. Li H., Chen R., Meng X., et al. Short-term exposure to ambient air pollution and coronary heart disease mortality in 8 Chinese cities. *Int J Cardiol*. 2015 Oct 15. №197. P. 265. P. 70. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.06.050.
52. Luo Y., Wang S. Urban living and chronic diseases in the presence of economic growth: Evidence from a long-term study in southeastern China. *Front Public Health*. 2022 Dec. №19.10:1042413. doi: 10.3389/fpubh.2022.1042413.
53. Ma L., Ding Y., Chiu D.T., et al. A longitudinal study of sleep, weight status, and weight-related behaviors: Childhood Obesity Study in China Mega-cities. *Pediatr Res*. 2021 Nov. № 90(5). P. 971-979. doi: 10.1038/s41390-021-01365-1.
54. Mahler B., Băiceanu D., Panciu T.C., et al. Air Pollutants and Their Impact on Chronic Diseases - A Retrospective Study in Bucharest, Romania. *Atmosphere* 2023, №14, P. 867. URL: <https://doi.org/10.3390/atmos14050867>
55. Moreira T.C.L., Polizel J.L., Santos I.S., Filho D.F.S., et al. Green Spaces, Land Cover, Street Trees and Hypertension in the Megacity of São Paulo. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 22. № 17(3) P. 725. doi: 10.3390/ijerph17030725.
56. Ogunremi Olufemi, Olanrewaju Timothy Olusegun, Adewumi Enoch Babatunde, et al. P011 Prevalence of hypertension and association with red meat and vegetable consumption in a megacity in Nigeria: a population-based survey. *Journal of Hypertension*. № 42(Suppl 3). P. 54-55. September 2024. doi:10.1097/01.hjh.0001062912.55072.9d.
57. Peng W., Jian W., Li T., et al. Disparities of obesity and non-communicable disease burden between the Tibetan Plateau and developed megacities in China. *Front Public*

Health. 2023 Jan 10. №10:1070918. doi: 10.3389/fpubh.2022.1070918.

58. Pinchoff J., Mills C.W., Balk D. Urbanization and health: The effects of the built environment on chronic disease risk factors among women in Tanzania. *PLoS One*. 2020 Nov 3; №15(11): e0241810. doi: 10.1371/journal.pone.0241810.

59. Raza T., Asha M. M., Hussain M., et al. Comparative analysis of non-communicable diseases (ncds) and their risk factors for rural and urban communities. December 2023. Volume 53(8). P.1461-1470. URL: <https://www.researchgate.net/publication/377019468> COMPARATIVE ANALYSIS OF NON COMMUNICABLE DISEASES NCDS AND THEIR RISK FACTORS FOR RURAL AND URBAN COMMUNITIES

60. Santos L. The impact of nutrition and lifestyle modification on health. *Eur J Intern Med*. 2022 Mar. №97. P.18-25. doi: 10.1016/j.ejim.2021.09.020.

61. Shafiee A., Nayebirad S., Najafi M.S., et al. Prevalence of obesity and overweight in an adult population of Tehran metropolis. *J Diabetes Metab Disord*. 2023 Dec 23. №23(1). P. 895-907. doi: 10.1007/s40200-023-01365-4.

62. Sharma A. K., Baliyan P., Kumar P. Air pollution and public health: the challenges for Delhi, India. *Rev Environ Health*. 2018 Mar. № 28;33(1). P. 77-86. doi: 10.1515/reveh-2017-0032.

63. Sharma M., Gaidhane A., Choudhari S.G. A Comprehensive Review on Trends and Patterns of Non-communicable Disease Risk Factors in India. *Cureus*. 2024 Mar 27. №16(3):e57027. doi: 10.7759/cureus.57027.

64. Sotnikova-Meleshkina Z., Kryvonos K., Delich O., et al. Сучасні аспекти організації гігієнічного моніторингу атмосферного повітря як фактор забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя дитячого населення мегаполісу. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2019. №4. URL: <https://doi.org/10.26565/2617-409X-2019-4-08>.

65. Tanya Kaur Bedi, Shankha Pratim Bhattacharya. Indoor air quality and health: An emerging challenge in Indian megacities. *Indoor air quality and health: An emerging challenge in Indian megacities*. Developments in Environmental Science. 2024. №15. P. 269-293. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-21948-1.00013-3>.

66. Viera A.J., Reamy B.V. Cardiovascular Disease Prevention: Lifestyle Interventions for Primary Prevention. *FP Essent.* 2022 Sep. P.520. P.15-19. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36069718/>.
67. WHO. Key facts. Noncommunicable diseases. 2024. 23 December 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
68. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р «Про схвалення стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

ДОДАТКИ

Додаток А

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ****Кафедра громадського здоров'я****АНКЕТА**

Вивчення самооцінки стану здоров'я та думки населення щодо чинників, що впливають на здоров'я в умовах мегаполіса

Шановний респонденте!

З метою вивчення Вашої думки про стан здоров'я, спосіб життя та чинники, що впливають на здоров'я населення в умовах великого міста, просимо відповісти на питання анкети, поставивши відповідну позначку «+», «V», або давши коротку відповідь. Усі Ваші дані є абсолютно анонімними.

Бажаємо здоров'я і дякуємо за участь в анкетуванні!

A.I. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ**1. Ваш вік:** _____**2. Стать**

- жіноча
- чоловіча

3. Ваш сімейний стан

- одружений\заміжня
- неодружений\незаміжня
- в цивільному шлюбі
- розлучений(а)

4. Який ваш рівень освіти?

- середня
- вища
- Інше: _____

5. Ваша професія: _____**6. Тривалість вашого проживання в місті:**

- до 1 року
- від 1 до 4 років
- 5-9 років

- 10 та більше
- постійно (від народження)

A.2. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я

7. Оцініть загальний стан свого здоров'я:

- відмінний
- добрий
- задовільний
- поганий
- дуже поганий

8. Чи страждаєте Ви на хронічні захворювання?

- так
- ні
- важко відповісти

9. Якщо так, будь ласка, вкажіть, які саме захворювання:

- серцево-судинні захворювання
- діабет (цукровий)
- хронічні респіраторні захворювання
- ожиріння
- хронічні захворювання нирок
- Інше: _____

10. Чи маєте Ви в сім'ї (родичів) спадкові неінфекційні захворювання?

- ні
- важко відповісти
- так

11. Якщо так, будь ласка, вкажіть, які саме захворювання:

- серцево-судинні захворювання
- діабет
- хронічні респіраторні захворювання
- ожиріння
- хронічні захворювання нирок
- Інше: _____

12. Як часто Ви відчуваєте стрес або тривогу?

- щодня
- кілька разів на тиждень
- раз на тиждень
- рідше

- ніколи
- важко відповісти

13. Оцініть якість свого сну

- відмінна
- добра
- задовільна
- погана
- дуже погана
- важко відповісти

14. Як часто Ви відчуваєте біль або дискомфорт?

- щодня
- кілька разів на тиждень
- раз на тиждень
- рідше
- ніколи
- важко відповісти

А.3. ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЗДОРОВ'Я

15. Оцініть свій спосіб життя?

- здоровий
- нездоровий
- важко відповісти

16. Чи курите Ви?

- так
- ні

17. Якщо так, то скільки сигарет на день Ви палите? _____

18. Чи вживаєте Ви алкоголь?

- так
- ні

19. Якщо так, то скільки разів на тиждень? _____

20. Скільки фруктів та овочів Ви споживаєте на день?

- Менше 100 г
- 100 – 200 г
- 300 г
- 400 г

21. Як часто Ви займаєтеся фізичними вправами?

- щодня
- кілька разів на тиждень
- рідко
- не займаюсь

22. Оцініть ваші умови проживання

- відмінні
- добрі
- задовільні
- незадовільні

якщо незадовільні вкажіть, що саме: _____

23. Оцініть умови виробничого середовища за місцем роботи:

- відмінні
- добрі
- задовільні
- незадовільні

24. Якщо незадовільні, вкажіть що саме: _____

A.4. ЕКОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ

25. Як ви оцінюєте якість повітря у вашому районі?

- відмінна
- добра
- задовільна
- незадовільна

Якщо незадовільна, вкажіть, що саме: _____

26. Чи відчуваєте Ви вплив шуму від транспорту або інших джерел?

- так
- ні
- важко відповісти

27. Чи достатня, на вашу думку, кількість зелених зон у вашому районі?

- так
- ні
- важко відповісти

A.5. СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ

28. Чи задоволені Ви своїми соціальними зв'язками?

- так
- ні
- важко відповісти

29. Чи відчуваєте Ви себе в безпеці у своєму районі(місті)?

- так
- ні
- важко відповісти

A.6. ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

30. Як часто Ви відвідуєте свого сімейного лікаря?

- регулярно
- за необхідності
- рідко
- ніколи

31. Чи задоволені Ви якістю медичних послуг, які ви отримуєте?

- так
- ні
- важко відповісти

Якщо ні, то чому:_____

32. Чи легко вам дістатися до медичних закладів?

- так
- ні
- важко відповісти

A.7. ДОДАТКОВІ ПИТАННЯ

33. Як часто Ви проходите профілактичні медичні огляди?

- раз на рік
- раз на 2 роки
- рідше
- не проходжу

34. Чи дотримуєтесь Ви рекомендацій лікарів щодо профілактики неінфекційних захворювань?

- так
- ні

35. Які фактори, на вашу думку, найбільше впливають на ваше здоров'я ?

- недостатня фізична активність
- стрес
- якість води
- якість харчування
- стан атмосферного повітря
- Інше: _____

36. Чи дотримуетесь Ви засад здорового способу життя?

- завжди
- часто
- іноді
- рідко
- ніколи

37. Що мотивує Вас дотримуватися здорового способу життя?

- Особисте здоров'я
- Сім'я
- Соціальні фактори
- Сімейний лікар
- Інше: _____

Дякуємо за участь в анкетуванні!

Бажаємо здоров'я!

ДОДАТОК Б

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ****Кафедра громадського здоров'я****АНКЕТА**

для вивчення професійної думки лікарів загальної практики-сімейних лікарів
щодо стану та шляхів вдосконалення профілактики хронічних захворювань в
умовах мегаполіса

Шановний(а) респонденте(ко)!

Просимо Вас взяти участь в соціологічному дослідженні з питань стану та шляхів вдосконалення профілактики хронічних захворювань на первинному рівні в умовах мегаполіса та відповісти на питання анкети, поставивши відповідну позначку («+», «V») або надавши коротку відповідь.

Анкетування є анонімним, а отримані дані будуть використані виключно для наукового аналізу.

1. Ваш вік: _____

2. Стать:

- Жіноча
- Чоловіча

3. Скільки років Ви працюєте лікарем первинної ланки? _____

4. Кількість пацієнтів, яких Ви обслуговуєте:

- Менше 1000
- 1000-1500
- Більше 1500

5. Як часто Ви обговорюєте профілактику хронічних захворювань (ХЗ) із пацієнтами?

- завжди
- часто
- іноді
- рідко

6. Які фактори ризику найбільше впливають на стан здоров'я ваших пацієнтів?

- Спадкова схильність
- Куріння
- Алкоголь

- Неправильне харчування
- Стрес
- Малорухливий спосіб життя
- Екологічні фактори
- Виробничі чинники
- Інше: _____

7. Які хронічні захворювання, на Вашу думку, є найбільш поширеними серед ваших пацієнтів? (можна обрати декілька варіантів)

- Серцево-судинні захворювання
- Онкологічні захворювання
- Цукровий діабет
- Хронічні респіраторні захворювання
- Інше: _____

8. Чи надаєте Ви пацієнтам рекомендації щодо здорового способу життя?

- так
- завжди
- іноді
- ні

9. Якщо так, то які рекомендації є найпоширенішими?

- Раціональне харчування
- Фізичні вправи
- Психічне здоров'я
- Боротьба зі шкідливими звичками
- Прогулянки свіжим повітрям
- Заняття в групах здоров'я
- Інше: _____

10. Як Ви оцінюєте обізнаність своїх пацієнтів про фактори ризику ХЗ?

- Висока
- Середня
- Низька

11. Які основні перешкоди Ви спостерігаєте у пацієнтів для дотримання здорового способу життя?

- Недостатність інформації
- Брак мотивації
- Зовнішні фактори
- Психологічні бар'єри (стрес, депресія, тривожність)
- Фінансові труднощі

- Відсутність підтримки з боку медичних працівників та фахівців громадського здоров'я
 - Відсутність підтримки з боку родини/колег/ друзів
 - Інше: _____
-

12. Як Ви оцінюєте свою роль у профілактиці ХЗ?

- Дуже важлива
- Важлива
- Неважлива
- Важко відповісти

13. Чи вважаєте Ви, що маєте достатньо часу для проведення профілактичного консультування пацієнтів з питань профілактики ХЗ та чинників ризику їх розвитку формування здорового способу життя із пацієнтами?

- Так
- Ні
- Важко відповісти

14. Які ресурси або програми Ви використовуєте для навчання пацієнтів про здоровий спосіб життя?

- Пам'ятки
- Інформаційні листівки
- Семінари
- Онлайн-курси та вебінари
- Телемедицина та онлайн-консультації
- Гарячі лінії та центри здоров'я

15. Чи пропонуєте Ви пацієнтам проводити регулярні медичні обстеження?

- Так, завжди
- Так, іноді
- Ні

16. Яку роль відіграють фахівці з громадського здоров'я у команді охорони здоров'я для профілактики ХЗ?

- Важливу
- Додаткову
- Незначну

17. Чи відчуваєте Ви підтримку з боку системи охорони здоров'я для реалізації профілактичних заходів?

- так
- ні

- важко відповісти

18. Які зміни у системі охорони здоров'я, на вашу думку, необхідні для покращення профілактики ХЗ та чинників ризику їх розвитку?

- Розширення програм профілактики та скринінгу
- Підвищення фінансування профілактичних заходів
- Посилення освітньої роботи серед населення
- Покращення міжсекторальної взаємодії

19. Чи використовуєте Ви технології (мобільні додатки, онлайн-ресурси) для моніторингу стану здоров'я пацієнтів?

- так
- ні

20. Які додаткові послуги або програми Ви б хотіли бачити для підтримки пацієнтів у профілактиці ХЗ?

- Консультації спеціалістів з громадського здоров'я
- Доступ до мобільних додатків для моніторингу здоров'я
- Розширені програми скринінгу та ранньої діагностики
- Освітні курси та тренінги з профілактики ХЗ
- Підтримка здорового способу життя (фітнес-програми, дієтологічні консультації)

21. Що, на вашу думку, могло б підвищити ефективність профілактики ХЗ в умовах мегаполіса? (можна обрати декілька варіантів)

- Покращення екологічної ситуації
- Більше можливостей для професійного розвитку
- Доступ до сучасних цифрових рішень
- Розширення співпраці з іншими фахівцями та секторами
- Покращення комунікації з пацієнтами та підвищення їхньої мотивації
- Чітке визначення ролі фахівця з громадського здоров'я у профілактиці ХЗ
- Збільшення залученості фахівців з громадського здоров'я до розробки та впровадження профілактичних заходів
- Підвищення фінансування профілактичних програм
- Посилення інформаційно-просвітницької роботи серед населення
- Забезпечення доступу до здорового харчування
- Створення умов для активного способу життя (парки, спортивні майданчики)
- Впровадження скринінгових програм на первинному рівні
- Підвищення кваліфікації лікарів
- Проведення інформаційних кампаній з профілактики ХЗ та чинників ризику їх розвитку
- Проведення комунікаційних кампаній зі зміни поведінки для скорочення поширеності ХЗ та чинників ризику їх розвитку
- Інше: _____

22. Як ви оцінюєте свою роль у командній роботі з пацієнтом для профілактики хронічних захворювань?

- Дуже важлива
- Важлива
- Помірно важлива
- Малозначна
- Зовсім не важлива

23. Які організаційні підходи на рівні «лікар»-«пацієнт», є на вашу думку, найбільш ефективними для профілактики хронічних захворювань та чинників ризику їх розвитку? (виберіть усі, що підходять)

- Спільне обговорення з пацієнтом ризиків розвитку ХЗ і способів їх зменшення
- Участь пацієнта в прийнятті рішень щодо лікування та профілактики
- Підтримка пацієнта у дотриманні рекомендацій
- Регулярний моніторинг стану здоро'я пацієнта
- Надання інформації про здоровий спосіб життя
- Інше: _____

24. Чи співпрацюєте Ви з питань профілактики ХЗ та чинників ризику їх розвитку з фахівцями громадського здоров'я

- Так, регулярно
- Так, епізодично
- Ні, не співпрацюю

25. Якщо так, то в яких напрямках відбувається співпраця? (можна обрати декілька варіантів)

- Проведення спільних інформаційно-просвітницьких заходів
- Участь у скринінгових програмах
- Обмін інформацією про поширеність ХЗ та фактори ризику
- Розробка та впровадження програм профілактики
- Інше: _____

26. Які, на Вашу думку, переваги співпраці з фахівцями громадського здоров'я? (можна обрати декілька варіантів)

- Підвищення ефективності профілактичних заходів
- Розширення доступу пацієнтів до інформації про здоровий спосіб життя
- Отримання додаткових ресурсів для профілактики ХЗ
- Покращення координації між різними службами
- Інше: _____

27. Які, на Вашу думку, існують бар'єри для ефективної співпраці з фахівцями громадського здоров'я? (можна обрати декілька варіантів)

- Недостатня кількість фахівців громадського здоров'я

- Відсутність чітких механізмів співпраці
- Недостатнє фінансування
- Низька обізнаність лікарів про функції фахівців громадського здоров'я
- Інше: _____

28. Як часто, на вашу думку, потрібно проводити спільні заходи з фахівцями громадського здоров'я?

- Щомісячно
- Щоквартально
- Раз на півроку
- Раз на рік
- В залежності від потреби

29. Які форми співпраці, на Вашу думку, є найбільш ефективними?

- Особисті зустрічі
- Онлайн консультації
- Спільні семінари, тренінги
- Спільне створення інформаційних матеріалів
- Інше: _____

30. Оцініть переваги співпраці/командної роботи з фахівцями громадського здоров'я? (можна обрати декілька варіантів)

- Підвищення ефективності профілактичних заходів
- Розширення доступу пацієнтів до інформації про здоровий спосіб життя
- Отримання додаткових ресурсів для профілактики ХЗ
- Покращення координації між різними службами
- Інше: _____

31. Які заходи, на Вашу думку, будуть сприяти покращенню співпраці з фахівцями громадського здоров'я? (можна обрати декілька варіантів)

- Проведення спільних навчальних заходів
- Розробка та впровадження спільних програм профілактики
- Створення міжвідомчих робочих груп
- Забезпечення регулярного обміну інформацією
- Інше: _____

32. Чи буде, на вашу думку, сприяти запровадження сучасних технологій "Розумного міста" покращенню профілактики ХЗ та чинників ризику їх розвитку?

- Так, безумовно
- Так, частково
- Ні, не вважаю
- Важко відповісти

33. Назвіть можливі бар'єри для широкого впровадження технологій "Розумного міста" в контексті профілактики ХЗ?

- Недостатнє фінансування
- Недостатня інформованість населення
- Низька цифрова грамотність населення
- Проблеми з конфіденційністю даних
- Відсутність міжвідомчої координації
- Інше: _____

34. Які сучасні технології "Розумного міста", на Вашу думку, слід запровадити для профілактики ХЗ? (можна обрати декілька варіантів)

- Системи моніторингу якості повітря
- Мобільні додатки для здорового способу життя
- Велосипедна та пішохідна інфраструктура
- Системи моніторингу фізичної активності населення
- Телемедицина та дистанційне консультування
- Системи моніторингу харчування

35. Чи дотримуєтеся Ви особисто засад здорового способу життя (раціональне харчування, фізична активність, відмова від шкідливих звичок)?

- Так, завжди
- Іноді
- Рідко
- Ніколи

Дякуємо за участь в анкетуванні!